T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ: İSTANBUL İLİ AVRUPA (FATİH – EYÜP - GAZİOSMANPAŞA) VE ANADOLU YERLEŞKESİNDE (KADIKÖY – BEYKOZ - ÜSKÜDAR) BİR ARAŞTIRMA

SEDA ÜSTÜN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. ESRA ÇİĞDEM CEZLAN

İSTANBUL-2019



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ: İSTANBUL İLİ AVRUPA (FATİH – EYÜP - GAZİOSMANPAŞA) VE ANADOLU YERLEŞKESİNDE (KADIKÖY – BEYKOZ - ÜSKÜDAR) BİR ARAŞTIRMA

SEDA ÜSTÜN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. ESRA ÇİĞDEM CEZLAN

İSTANBUL-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi : Seda ÜSTÜN

Tez Başlığı : Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İli Avrupa (Fatih-Eyüp-Gaziosmanpaşa) Ve Anadolu Yerleşkesinde (Kadıköy-Beykoz-Üsküdar) Bir Araştırma

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 30 Temmuz 2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	**Kurumu**	**İmza**
Dr.Öğr.Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Berna EREN	İstanbul Acıbadem Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi İlker KÖSE	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08./08./ 2019 tarih ve ..2019.../..25... - ..03.. sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Seda ÜSTÜN



TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti konulu tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi aşamasında olduğu kadar öğrencilik hayatımda ve iş hayatımda sürekli olarak bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini bana aktararak yanımda olan çok değerli danışmanım Dr. Öğr. Üye. Esra Çiğdem CEZLAN hocama teşekkür eder, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üye. Pakize YİĞİT hocama ve İstanbul Medipol Üniversitesi Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana destek olan bilgilerini paylaşan tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Medipol Üniversitesi sıralarında başlayarak güçlenen dostluğumuzda her anımda yanımda olan, küçüklükten beri merak ettiğim kardeşlik duygusunu bana yaşatan arkadaşım Şeyma Nur Er'e teşekkür ve sevgilerimi iletirim.

Son olarak hayatım boyunca maddi manevi desteklerini esirgemeyen ve bu günlere gelmemi sağlayan, sıkıntılı anlarımda bana yol gösteren ailem canım babam Semih ÜSTÜN ve en kıymetlim annem Ayla ÜSTÜN'e teşekkür ederim. İyi ki sizin kızınızım ve iyi ki varsınız…

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY FORMU i
BEYAN ii
TEŞEKKÜR iii
KISALTMALAR LİSTESİ vi
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ vii
1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 2
3. GİRİŞ VE AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 6
4.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri 6
4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 7
4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği 12
4.2.1. Aile Hekimliğinin Önemi 14
4.2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikleri 15
4.2.3. Dünyada Uygulanan Aile Hekimliği Sistemleri 17
4.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi 24
4.3.1. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihçesi 25
4.3.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi 26
4.3.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Modelinin İncelenmesi 29
4.4. Hasta Memnuniyeti 42
4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 43
4.4.2. Hasta Memnuniyetini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri 52
4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı 58
4.5.1. Kalite ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki 62
5. GEREÇ VE YÖNTEM 64
5.1. Araştırmanın Amacı 64
5.2. Problem Cümlesi 64
5.3. Araştırmanın Yöntemi 64
5.4. Veri Toplama Araçları 64
5.5. Araştırmanın Örneklemi 65
5.6. Güvenilirlik Analizi 65
5.7. Verilerin Analizi 65

5.8. Kısıtlılıklar 66
6. BULGULAR 67
6.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular 67
6.1.1. Demografik Özellikler 67
6.1.2. Hastaların Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşleri ile İlgili Bulgular 71
7. TARTIŞMA 91
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 97
9. KAYNAKLAR 100
10. EKLER 129
11. ETİK KURUL ONAYI 133
12. ÖZGEÇMİŞ 136

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

ESK: Elektronik Sağlık Kaydı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması……...8

Şekil 4.4.1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler…….....44

Şekil 4.4.2. Hekim-Hasta Arasındaki Etkili İletişimin Dokuz Adımı……..47

Şekil 4.4.3. Hekim-Hasta İletişimi, Güven ve Sonuçlar Arasındaki İlişkiyi Açıklayan Bir Kavramsal Model……..49

Şekil 4.4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler……52

Şekil 4.4.5. Hasta Memnuniyetini Ölçme ve Değerlendirme Çalışmalarında Veri Toplama Yöntemleri……...58

Şekil 4.5.1. Hasta ve Yakınlarının Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi……...60

Şekil 4.5.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri……..61

Şekil 6.1.1. Yaş Grubuna Göre Dağılım…….....68

Şekil 6.1.2. Cinsiyete Göre Dağılım……69

Şekil 6.1.3. Medeni Duruma Göre Dağılım…….69

Şekil 6.1.4. Eğitim Durumuna Göre Dağılım…….....70

Şekil 6.1.5. Kayıtlı Olunan ASM'ye Göre Dağılım……71

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 5.6.1. Güvenilirlik Analizi……65

Tablo 6.1.1. Demografik Özelliklere Göre Araştırma Grubunun Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı……..67

Tablo 6.1.2. Çalışmaya Verilen Cevapların Tanımlayıcı İstatistikleri……72

Tablo 6.1.3. Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı……...73

Tablo 6.1.4. Anket Sorularına Mükemmel ve İyi Cevabı Verenlerin Yüzdeleri…….75

Tablo 6.1.5. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Yaşa Göre Dağılımı….76

Tablo 6.1.6. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre Dağılımı……..80

Tablo 6.1.7. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Medeni Duruma Göre Dağılımı……..82

Tablo 6.1.8. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı……..84

Tablo 6.1.9. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Yerleşkeye Göre Dağılımı……..88

1. ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ: İSTANBUL İLİ AVRUPA (FATİH – EYÜP - GAZİOSMANPAŞA) VE ANADOLU YERLEŞKESİNDE (KADIKÖY – BEYKOZ - ÜSKÜDAR) BİR ARAŞTIRMA

Araştırmamız İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile hekimliği hizmetlerine başvuran hastaların memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda memnuniyet ve memnuniyetsizlik düzeyleri ölçülerek, hastaların aile hekimlerinin iletişiminden beklentileri ve açığa çıkan sorunları saptanmıştır. Kesitsel nitelikte olan bu araştırmada Avrupa ve Anadolu Yerleşkeleri'nde belirtilen bölgelerdeki aile sağlığı merkezlerinden hizmet almaya gelen 18 yaş ve üstü gönüllü olan toplam 400 hastaya yüz yüze anket uygulanmıştır. Veri toplama aracı EUROPEP ölçeğinden oluşan bir anket ile Haziran – Temmuz 2017 tarihleri arasında toplanmış ve elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 programı ile analiz edilmiş, sonuçlar %5 anlamlılık seviyesinde yorumlanmıştır. Verilerin sonuçları nonparametrik testler ile analiz edilmiştir. Araştırmaların sonuçlarına göre en yüksek ortalama 4,14 ve en mükemmel yüzdeye %26,5 sahip soru kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması olarak bulunurken, en düşük ortalama 3,11 ve en düşük yüzdeye %14,5 sahip soru doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz olarak bulunmuştur. Sorulara mükemmel ve iyi diyenlerin ortalamasına göre; %81,4 ile kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması sorusu en yüksek yüzdeye sahip soru, %26,5 ile doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorusu ise en düşük yüzdeye sahip soru olarak bulunmuştur. İstanbul ili, Avrupa Yerleşkesinde aile hekimliği hizmeti alanların memnuniyet oranı Anadolu Yerleşkesinde hizmet alanların memnuniyet oranına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, ülkemizin memnuniyet oranının dünya örneklerinden daha düşük olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, EUROPEP Ölçeği

2. ABSTRACT

PATIENT SATISFACTION IN FAMILY MEDICINE SERVICES: A RESEARCH IN ISTANBUL PROVINCE OF EUROPE (FATİH - EYÜP - GAZİOSMANPAŞA) AND ANADOLU CAMPUS (KADIKÖY - BEYKOZ - ÜSKÜDAR)

The aim of this study was to evaluate the satisfaction of patients who applied to family medicine services in Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa and Kadıköy, Beykoz, Üsküdar districts of Istanbul, European Campus. As a result of the research, satisfaction and dissatisfaction levels were measured and the expectations of the patients from the communication of family physicians and the problems that were revealed were determined. In this cross-sectional study, a face-to-face questionnaire was applied to a total of 400 volunteers aged 18 years and over who came to receive services from family health centers in the regions mentioned in European and Anatolian sides. Data were collected between June and July 2017 with a questionnaire consisting of EUROPEP scale and the data were analyzed with IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 program and the results were interpreted as 5% significance level. The results of the data were analyzed by nonparametric tests. According to the results of the research, the highest average of 4.14 and the most excellent percentage of 26.5% of the questions and records are found to be confidential, the lowest average of 3.15 and the lowest percentage of 14.5% of the question was found to reach your doctor by phone. According to the average of those who answered the questions perfectly and well; With 81.4%, the question of keeping your records and your information confidential is the highest percentage, and with 26.5%, the question of having your doctor reach by phone was the lowest percentage. It is concluded that the satisfaction rate of those receiving family medicine services in the European side of Istanbul is higher than the satisfaction rate of those receiving services in the Anatolian Campus. As a result, the satisfaction rate of our country is lower than the world examples.

Key Words: Family Medicine, Patient Satisfaction, EUROPEP Scale

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Demografik değişiklikler, tıptaki gelişmeler, hastalıkların yapısındaki değişiklikler, ölüm nedenlerinin farklılaşması, ortalama insan ömrünün uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artışı, hastaların gereksinim ve beklentileri gibi değişikliklerden dolayı bireyleri yakından takip edebilecek bir aile hekimine ihtiyaç duyulduğunu görmek mümkündür (1), (2), (3), (4).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol üstlenen aile hekimleri; anne karnındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar tüm aile bireylerinin sağlından sorumludur (5), (6). Aile hekimi; yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, hastalık ayrımı yapmaksızın her bireye sürekli ve kapsamlı olarak sağlık hizmeti sunar (1), (6).

Aile hekimliği merkezleri, hastaların erişebileceği bir konumda olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinde hastaların hekime ulaştığı ilk basamağı oluşturmaktadır. Aile hekimi, hizmet sunduğu toplumu tanır, kendisine kayıtlı olan bireyleri hem hasta oldukları anda hem de sağlıklı anlarında sürekli olarak takip eder (8). Sadece bireyleri değil aileleriyle ve çevreyle olan ilişkilerini de bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Bireylerin ve ailelerinin, sağlık durumlarını ve yaşama koşullarını göz önünde bulundurur. En uygun tanı ve tedavi yöntemini hastasının da etkin katılımını sağlayarak uygular ve gerekli sağlık eğitimlerini verir (5).

Aile hekimliğinin sağlık hizmetlerine ilk giriş noktası olma özelliğiyle birlikte diğer sağlık kuruluşlarına geçişte kapı tutucu (gatekeeping) olma özelliği de vardır (9). Doğru bir şekilde işleyen sevk sistemiyle sağlık sorunlarının büyük bir çoğunluğu aile hekimliği tarafından çözümlenerek diğer sağlık kuruluşlarında oluşacak yığılmalar engellenir ve kaynakların verimli olarak kullanılması sağlanır (10).

Doğumda beklenen yaşam beklentisinin artması ve insan ömrünün uzamasının sonucunda; yaşlı nüfus artmakta ve buna bağlı olarak kronik hastalıklarında arttığı görülmektedir. Kronik hastalıklar, hastanın yaşam kalitesini ciddi oranda düşürebilen, sürekli bir bakım ve tedavi gerektirdiğinden hem bireysel hem de toplumsal düzeyde iyi yönetilmesi geren hastalıklardır (4). Büyük çoğunluğu ev ortamında yaşayan yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçları, evlerine yakın bir konumda olan ve onları tanıyan bir aile hekiminin varlığıyla daha etkin bir şekilde kontrol altında olacaktır (11), (5).

Kişi odaklı olan aile hekimliği kendisine kayıtlı olan kişilerin ihtiyaç ve isteklerini de göz önünde bulundurur. Kaliteli sağlık hizmetlerinin göstergesi olan hasta memnuniyeti aile hekimliği içinde oldukça önemlidir (12), (13). Hastanın memnuniyeti arttıkça; hekimin uyarılarına ve önerilerine uyma olasılığı artacak, sevk oranları azalacaktır (14), (15), (16), (17).

İyi bir hasta hekim ilişkisi, hasta memnuniyetinin temelini oluşturur. Aile hekimi ve hastanın arasındaki sürekli iletişim hasta memnuniyetinin güçlenmesini sağlayarak bireylerin tedavi süreçlerine aktif olarak katılmalarını sağlar (16). Hastalıkların erken süreçte saptanmalarını ve önlenmesini sağlayarak sağlığın arttırılmasını teşvik eder (17).

Sağlık hizmeti sunan her kurumun olduğu gibi aile hekimliğinin de girdisi ve çıktısı insandır. Sağlık sorunları nedeniyle kırılgan ve beklentileri yüksek olan insanlarla iletişim kurmak özen ister (4). Bir süreç olan hasta hekim görüşmesinde, hekim hastasını tanır, geliş nedenini anlamaya çalışır, sağlık sorununu anlamaya ve hastanın bu sağlık sorununa nasıl yaklaştığını kavramaya çalışır. Tüm bu sürecin sonunda ise hastaya en uygun tanıyı koyar (18).

Hekimin etkili bir görüşme yapabilmesi için tecrübesi kadar iletişim ve sorun çözme yeteneği de önemlidir. Hekim hastanın sırdaşıdır ve hekimin iletişim yeteneği ne kadar iyiyse hasta o kadar hekimine güvenecek, anlatmaktan çekindiği sağlık problemlerini de rahatlıkla anlatacaktır (19), (20).

Bu nedenle araştırmamız, hastaların aile hekimliği hizmetlerine olan memnuniyetlerini ölçerek, hastaların aile hekimlerinin klinik davranışı ve hizmet organizasyonu hakkında görüşlerini belirlemek, aile hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesi gereken yönlerinin saptanmasına katkı sağlayabileceği düşünülerek planlanmıştır.

Bu araştırma, hastaların aile hekimliği hizmetlerinden duydukları memnuniyet oranlarının demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu) ve İstanbul ili Avrupa ve Anadolu Yerleşkelerine göre memnuniyet düzeyinin değişip değişmediğini belirlemek bakımından önem taşımaktadır.

İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile hekimliği hizmetlerine

başvuran hastaların memnuniyetlerini ölçerek açığa çıkan sorunları belirlemek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın bireyin fiziksel olarak iyi olmasının dışında bireyin içinde bulunduğu çevreyle olan etkileşiminin ve bireyin kendi iç dünyasıyla da alakalı olduğunun vurgusunu ortaya koymuştur. Tıbbın gelişmesiyle beraber sağlık kavramı DSÖ tarafından yapılan tanımlamayla hastalık kavramının zıttı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak literatüre girmiştir (21).

Bireyin sağlıklı olması başta kendisini etkilemekle birlikte çevresini ve toplumu oldukça etkilemektedir. Bir toplumun sağlıklı olması bireylerin sağlık hizmetlerine erişimiyle mümkündür. Kişinin doğuştan gelen sağlık hakkı, sağlıklı yaşama hakkı, sağlığa kolaylıkla erişim hakkı bulunmaktadır (22). Birey, sağlık hizmetlerine hakkaniyetle erişebilmeli ve gerek duyduğu sağlık hizmetini alabilmelidir. Hastalıkları yok etmede tedaviden daha ziyade hastalıktan korunmanın önemi anlaşılmış ve koruyucu sağlık hizmetleri ortaya çıkmıştır. Günümüzde sadece tedavi amaçlı değil koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti çerçevesinde bir sağlık organizasyonu oluşturulmuş ve bu organizasyonun doğru işlemesine yönelik sağlık politikaları uygulanmaya çalışılmaktadır (23).

Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından; "insan sağlığına zarar veren çeşitli etkenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etkenlerden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir" şeklinde tanımlanmıştır (24)

Kitapçı'ya göre sağlık hizmetleri, "insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir" (25).

Toplum sağlının yükselmesi ülkenin sağlık statüsünü yükseltir. Sağlık statüsü bir ülkenin gelişmişliğini gösteren önemli bir ölçüttür. Sağlık statüsünün yükseltilmesi ülkenin sağlık okuryazarlığı oranının artırılmasına da bağlıdır. Sağlık hizmetlerini verenler (hekim ve diğer sağlık çalışanları) ve alanlar (hastalar) arasındaki iletişim, hastaların hekimleri doğru bir şekilde anlamasıyla kuvvetlenmektedir (28).

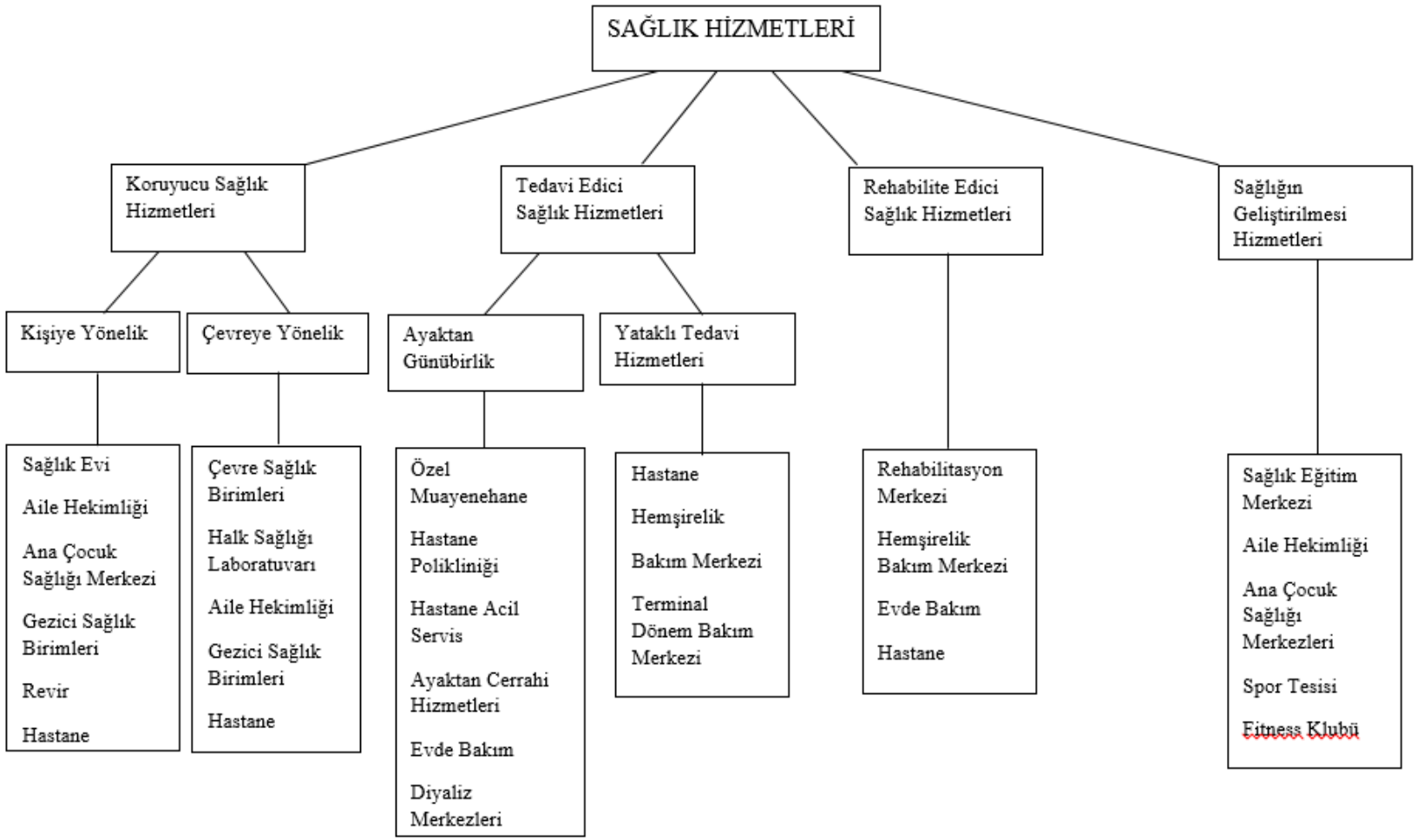
Hastalardan; reçete, randevu kağıtları, broşürleri okuma ve anlamalarının yanı sıra kendi sağlıklarını geliştirmeleri, herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıktığında hekimlerinin yönlendirmeleriyle birlikte kendi kararlarını verebilmeleri beklenmektedir (28), (29), (30), (31). Dolayısıyla sağlık okuryazarlık oranı arttıkça bireyler kendi sağlıklarına daha önem verecekler ve sağlık hizmetlerinden doğru bir şekilde yararlanabileceklerdir.

4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinin anlaşılmasını kolaylaştırmak ve hizmet sunumunda etkinlik sağlamak için; amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmeti arz eden servislere göre sınıflandırılması mümkündür (32).

Sağlık hizmetlerinin bireyleri hastalıklardan korumak, hastalık ortaya çıktığında tedavi etmek, herhangi bir nedenden dolayı kalıcı bozukluk veya sakatlıkları nedeniyle rehabilite etmek gibi amaçları bulunmaktadır (33).

Sağlık hizmetleri genel olarak; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere sınıflandırılır (34), (35).



Şekil 4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (34)

4.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; bireylerde hastalık oluşmadan önce hastalık veya sakatlık olasılıklarının düşürülmesi veya tamamen engellenmesi, hastalık oluştuktan sonra da hastalığın erkenden teşhis edilip tedavinin uygulanması gibi sağlık hizmetlerini içerir (27). Amacı hem bireyin hem de toplumun sağlığını koruyarak hastalıkların oluşmasını önlemektir. Hastalıkların tedavi edilmesine göre koruyucu sağlık hizmetleri daha ekonomik olduğundan ülkelerin daha fazla önem vererek daha fazla yoğunlaşmaları gerekmektedir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem ülkenin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesidir (36).

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır:

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri: Çevrenin insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörlerin ortadan kaldırılmasını ifade etmektedir. Suların temizliği, gıdaların, vektörlerin ve atıkların kontrolü vb. faaliyetler insan sağlığını olumlu yönde etkileyecektir (10). Çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi birçok iş alanının birlikte çalışmasıyla oluşur. Örneğin, belediyenin çöpleri toplaması, su kaynaklarının sağlanması, sinek ve böceklerin ilaçlanması gibi (37), (32), (38).

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri: Kişiye doğrudan uygulanan hizmetlerdir. Kişileri hastalık etkenlerine karşı vücut dirençleri güçlendirilerek diğer insanlarında hastalıktan etkilenmesi engellenir (26). Kişiler hastalandıklarında da erken tanı ve tedavi uygulanır. Bağışıklama (aşılama gibi), doğru beslenme, hastalığın erken teşhisi, aile planlaması ve ana çocuk sağlığı, şahsi temizlik, sağlık eğitimi, ruh sağlığı ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaşma kişiye yönelik olarak verilen koruyucu sağlık hizmetleridir (32), (26), (10).

4.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişide hastalık veya sakatlık durumu oluştuğunda; hastalığın teşhis edilip sağlığı geri kazanmak amacıyla kişiye uygulanan her türlü sağlık hizmetidir (39).

Tedavi edici hizmette fiziki imkan, yönetim, yetişmiş personel ve finansman gibi önemli boyutlar olduğundan koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla maliyet ve örgütlenme gerektirmektedir (36).

Tedavi edici hizmetler sadece gerekli eğitimi almış sağlık çalışanları tarafından sağlık kuruluşlarında verilir. Gereksiz harcamanın önüne geçerek daha etkin verilebilmesi için tedavi edici hizmetlerde sevk zinciri uygulanmaktadır (40), (26). Bu yüzden birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç basamaktan oluşmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Bireylere ve ailelere bütüncül yaklaşımla ulaşıp varsa sağlık sorunlarını çözen yoksa sağlıklarını koruyan, hem evde hem de ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir (41). Sağlık evi, aile hekimliği, muayenehaneler, dispanserler birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci basamak tedavi hizmetleri, tüm sağlık hizmetlerinin ilk adımı olduğu ve bireylerin kolayca ulaşabilmeleri amacını taşıdığı için önemlidir (42), (43), (44).

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların yatırılarak tedavi edilmesine genel olarak ikinci basamak tedavi hizmetleri denilmektedir (26). Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların sevk edildiği ya da bireylerin doğrudan başvurduğu sağlık kuruluşlarında hastaların yatırılarak teşhis ve tedavisinin yapıldığı yerlerdir. Ülkemizdeki devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet sunan kuruluşlardır (32), (5).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinin yeterli gelmediği hastalar ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için olan üçüncü basamak tedavi hizmetlerinden yararlanırlar (10). Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi ya belli bir hastalık ya da belli bir yaş grubuna hizmet veren kuruşlardır (45), (46).

4.1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; hastalık ve kaza sonucu oluşan, bireyin günlük yaşamını engelleyen ve başkalarına bağımlı olmasına neden olan kalıcı bozukluk ve

sakatlıkların yok edilmesi veya hastaya olan etkisinin azaltılması için verilen sağlık hizmetleridir (47), (34), (48).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon kavramlarından oluşmaktadır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Bireylerin kabiliyetlerini tamamen kaybettiği durumlarda tıbbi rehabilitasyon ile yeteneklerini tekrar kazanmak için olabildiği ölçüde düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Çeşitli protezler, işitme cihazları, tekerlekli sandalyeler bazı tıbbi rehabilitasyon örnekleridir (32), (49).

Sosyal Rehabilitasyon: Herhangi bir nedenle sakat kalan bireylerin topluma kazandırılmaları amaçlanmaktadır. Bu yüzden de bireylere iş öğretilip bir işte çalışabilme imkanı verilmektedir. Sosyal rehabilitasyon için sosyal yardım kuruluşlardan yardım alınmaktadır (26), (49).

4.1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

DSÖ'ye göre sağlık gelişimi, "bir nüfus içindeki birey ve grupların sağlık durumunun iyiye doğru gelişmesi sürecidir" (21).

Green sağlığı geliştirmeyi, "sağlığı geliştirmeye yönelik çevresel ve davranış değişikliklerini kolaylaştıran sağlık eğitimi ve politik, ekonomik, örgütsel programların bileşimi" olarak ifade etmiştir (50).

Ottawa Bildirge'sinde sağlığın geliştirilmesi; "toplumların kendi sağlıklarını bozan faktörleri kontrol edebilmeleri ve böylece gerçekleştirilen sağlık düzeylerini iyileştirici eylemlerin tümü" olarak tanımlanmıştır (51).

Toplum sağlık düzeyini iyileştirilerek geliştirilmesini hızlandıran hizmetler olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin haricinde, yaşam tarzının düzeltilmesi ve bilgilendirme amacıyla sağlık eğitimi vermeyi, sosyal ve ekonomik çevre koşullarının sürekli olarak iyileştirilmesini öngörür (52).

DSÖ, sağlığı geliştiren hastaneler kavramını ise; "Sağlığı geliştiren bir hastane yalnızca kaliteli ve kapsamlı tıp ve hemşirelik hizmetleri sunmakla kalmaz aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amaçlarını benimseyen kurumsal kimlik geliştirir, hastalar ve tüm personel için aktif ve katılımcı roller de dahil olmak üzere

sağlığı geliştirici bir kurumsal yapı ve kültür geliştirir, sağlığı geliştiren fiziksel bir çevre oluşturur ve topluluğu ile aktif işbirliği yapar" şeklinde belirtmektedir (21).

Sağlığı geliştiren hastaneler sürekli olarak "sağlıklı kurumlar" anlayışıyla hareket ederek; kendi personelinin, hizmet almaya gelen hastalarının ve içinde bulundukları toplumun sağlığını geliştirmek için çalışırlar (30).

Sağlığın geliştirilmesinde üç yaklaşım vardır:

Tıbbi Yaklaşım: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kamu veya özel tüm hastanelerin sağlığı geliştiren hastaneler anlayışını kabul ederek hastaların teşhis ve tedavilerinin yapılmasıdır. Böylece toplumun yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam süresi artacaktır (52).

Yaşam Tarzı / Davranışsal Yaklaşım: Bireylerin yaşam tarzlarının ve alışkanlıklarının sağlıkları üzerindeki etkisi büyüktür (53). Örneğin; küçük yaşlardan beri sigara ve alkolü fazla tüketen bir kişiyle hayatı boyunca hiç tüketmemiş olan kişilerin sağlık durumları ve yaşam kalitesi arasında fark vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde her birey kendi sağlık durumunu üst düzeye çıkarmaktan sorumludur. Bireyler sağlık durumlarını iyi yönde geliştirdikçe bedensel ve zihinsel yönden sağlık durumları da iyiye doğru gidecektir böylelikle bireylerin yaşam kalitesi ve ortalama yaşam süreleri de artacaktır (34).

Sosyal Çevre Yaklaşımı: Toplumsal sağlığın tam olarak yükseltilmesi için bazı koşulların ve kaynakların var olması gerekmektedir. Aynı zamanda bu koşullar sağlığın geliştirilmesinin de önkoşulları olarak görülmektedir. Ottawa Bildirgesi'ne göre bu koşullar; barış, barınma, eğitim, beslenme, gelir düzeyi, sürekli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyettir (52). Önkoşulların sağlanabilmesi için; devletler, sağlık sektörü, sosyal ve ekonomik sektörler, gönüllü kuruluşlar ve medya tüm toplum için çaba harcamalıdır (54).

4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği

Geçmişten günümüze sağlık süreçleri incelendiğinde; yapısal olarak hastalıklardaki değişiklikler, birbirinden farklı ölüm nedenleri, yaşlı nüfusla birlikte artan kronik hastalıkların oranı, teknolojinin sağlık üzerindeki etkisinin artması ve sınırlı olan sağlık kaynaklarının kullanılmasındaki önem gibi başlıkların öne çıktığını ve kişilerin

her an ulaşabilecekleri ve onların sağlık kayıtlarını bilen bir hekimin varlığına ihtiyaçları olduğunu görmek mümkündür (55), (2,) (3). Bu ihtiyaç, kişilerin en kolay ve hızlı bir şekilde ulaşabilecekleri ve kişilerin geçmiş öykülerine hakim olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimi uzmanlığına olan ihtiyacı beraberinde getirmiştir (3), (56).

DSÖ'ye göre aile hekimliği, "kendi başlarına ya da diğer sağlık çalışanları ile birlikte ekip halinde ilk başvuruda verilen hizmeti sunan ve direkt olarak ulaşılabilen kişi olarak; sağlığı iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunar" (57).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü WONCA'ya göre aile hekimliği, "kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır" (1).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimliği, "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri"dir (58).

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)'a göre aile hekimliği, "birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilecek tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır" (59).

Birinci basamakta sunulan aile hekimliği hizmetini sürekli alan kişilerin sağlıkları etkilenmektedir (60). Koruyucu sağlık hizmetlerinde süreklilik olduğu için kronik hastalıklar daha iyi bir şekilde takip edilir, akut hastalıklara henüz kronikleşmeden erkenden tanı konarak tedavisi başlanır, maddi açıdan sağlık hizmetlerine erişemeyen

hastalar aile hekimliğine rahat bir şekilde başvurabilir (55). Böylelikle sağlık hizmetlerinin teşhis, tedavi ve finans gibi önemli konularında tüm bireylerin eşit olmasını ve oluşabilecek hakkaniyetsizliğin önüne geçilmiş olunur.

Aile hekimliği ve genel pratisyenlik kavramları çoğu ülkede aynı anlamda olup her iki kavramda birinci basamak aile hekimliği- hekimi anlamında kullanılır (61), (62). Ancak WONCA genel pratisyenlik / aile ekimliği disiplininin uzman aile hekiminin rolünden farklı olduğunu şu şekilde ifade etmektedir;

- Genel pratisyenlik / Aile hekimliği "disiplinin oluştuğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir".

- Uzman aile hekimi ise "bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi nedeniyle gereklidir" (1).

Türkiye'de ise pratisyen hekim tıp fakültesi lisans eğitiminin ardından uzmanlığını alamayan hekimler için kullanılmaktadır. Ancak Avrupa birliğine girilmesiyle birlikte aile hekimliğinde çalışabilmek için pratisyen hekimlerin uzmanlıklarını almaları gerekmektedir. Bu nedenle de pratisyen hekimlerin aile hekimliğine geçiş dönemi eğitimini aldıktan sonra üç yıl olan uzmanlık eğitimini de almalıdır (61), (63), (64).

4.2.1. Aile Hekimliğinin Önemi

Aile hekimliği bireylerin sorunlarını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele aldığı için bütüncül özelliği olan bir sağlık hizmetidir. Aile hekimliğinin bütüncül sağlık hizmetini sürekli olarak aile ve topluma yönelik olarak sunması önemli bir özelliktir (2), (65). Aile hekimliği bireylerin ikametlerine kolay ulaşılabilir olmasının yanında kişilerin sağlıklarıyla ilgili ilk değerlendirmeyi yapar, erken tanı ve tedavi konusunda önemli bir rol oynayarak memnuniyeti arttırır (66). Tedaviden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin ve bu konudaki sorumluluğunun farkında olarak kendisine bağlı kişilere sağlıklarını korumak amaçlı veya herhangi bir hastalıkla alakalı danışmanlık yaparak kısa eğitimler verip hem bireysel hem de toplum sağlığının gelişmesi açısından büyük bir sorumluluk alır (68).

Aile hekimi bireyleri tanıyarak; akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları gibi özellikleri de göz önünde bulundurarak tedavilerini gerçekleştirirler. Özellikle yaşlı nüfusla birlikte temel sağlık hizmetlerine olan ihtiyacında artması bireyin en kolay şekilde ulaşabileceği ve onu tanıyan aile hekimliğine olan ihtiyacı artırmıştır (3), (124). Böylelikle aile hekimliğine kolayca ulaşan kişiler ve özellikle yaşlı nüfus daha etkili ve maliyet etkin bir hizmet alır. Bunun yanı sıra çevresel olarak hangi dönemlerde hangi hastalıklar daha çoğunlukta görüldüğünü bilir ve ona göre bireyleri yönlendirir (65). Aile hekimi ile kişiler birbirlerini tanıyıp aralarındaki ilişki süreklilik kazandığı için güven duygusu güçlü bir temel oluşturur ve memnuniyette bu oranda artar (68).

Aile hekimliğinin önemli bir görevi de "gatekeeper" kapı tutuculuktur. Aile hekimliği sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olduğu için bireylerin dertlerinin iyi anlaşılması ve eğer gerekiyorsa bireylerin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk edilmesi gerekir. Bireyin tedavisi için en doğru olacak sağlık merkezi ve uzmanlık dalına olan sevkinin sağlanması güçlü ve başarılı bir sevk zinciriyle mümkündür (9), (5). Aile hekimliğinin kapı tutuculuk görevi sayesinde ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluk ortadan kaldırılarak; sağlık hizmetlerinin kalitesi artarak daha etkin kullanım sağlanmış olacak, tedavi edilecek hastalara daha fazla zaman ayrılacak ve hasta mağduriyeti engellenebilecektir (10).

4.2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri ve Çekirdek Yeterlilikleri

Aile hekimliği diğer tıp branşlarında olduğu gibi kendine özgü eğitimi, uygulaması ve araştırma konuları bulunan, dahili tıp bilimleri içinde değerlendirilen klinik bir branş olduğu için bir tıp disiplinidir (3).

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan temel özellikler altı çekirdek yeterlikte toplanır ve çekirdek sözcüğü aile hekimliği disiplini için zorunluluk anlamı katar (1). Çekirdek yeterlikler ise şunlardır:

Birinci basamak yönetimi: Büyük cerrahi girişim gerektirebilecek durumlar dışında hastaların ilk olarak başvuracakları sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile hekimliğidir. Yaş, cinsiyet, dil, din gibi özelliklere bakılmaksızın herkes aile hekimliğinden hizmet alabilir (1), (2). Aile hekimliği birinci basamak

yönetiminde hastayı savunucu (koruma) rolünü de üstlenir. Sağlık bakımının sorumluluğunu aldığı hastasına sağlık hizmeti veren diğer tüm uzman hekimlerle iş birliği içinde olarak hastasını her türlü olumsuzluklara karşı korur. Hastasını kendi sağlığı için kendisine yapılacak her türlü tedavi yönteminde söz hakkının olduğunu ve her türlü kararıyla ilgili sorumluluğunu taşıyabileceğinin bilgisini vererek hastanın yanında olur (69), (2).

Kişi merkezli bakım: Bireyin sadece hastalığına bakmak bireyin psikolojisini, yaşadığı çevreyi göz ardı etmektir. Bu yüzden aile hekimliği hastalık merkezli değil, bireyle ve bireyin içinde bulunduğu çevreyle ilgilenirken kişi merkezli bir bakış açısına sahiptir. Sürecin başlama noktası hasta yani bireydir (2). Hastayla olan görüşmesinde hastanın mahremiyetine saygı göstererek güvene dayalı bir hekim hasta ilişkisi oluşturmaya çalışır ve hastanın kendisine karşı daha açık olmasını sağlar. Hastanın ihtiyacına göre en iyi sağlık hizmetinin hangisi olacağını belirterek süreklilik sağlar ve bu konuda hastayı teşvik eder. Hastanın kendi hastalığını ne şekilde algıladığı ve nasıl başa çıktığıyla da ilgilenerek yol gösterir. Hastayla sürekli olarak işbirliği yaparak tedaviye katılımını sağlar (2), (70), (8).

Özgün problem çözme becerileri: Aile hekimliğinde klinik sorunların %80'inin kanıta dayalı yanıtlanabilmesi için gerekli olan deneysel verilerin olmaması neticesinde; hekimin en iyi kararlara ulaşabilmesi için mantık, klinik sezgi, hastanın, ailenin ve toplumun bilgisine bağlı olarak kanıtların farklı çeşitlerini bütünleştirmek zorunda kalınır (71), (64). Aile hekimliğinin özgün bir problem çözme sürecine dayalı olması rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olmasından kaynaklanır. Sorunlar ilk olarak aile hekimine anlatıldığı için ikinci basamak sağlık hizmetlerine göre erken evrede tanı koymak daha zordur (1), (66). Ciddi hastalıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülmesinin sıklığı azdır. Bu yüzden aile hekiminin ilk kez karşılaşılan bir hastalıkla ilgili kaygılanan hastalara böyle bir hastalığın olmadığı yönünde güven vermek zorunlulukları vardır. Doğru tanı koymak için uygun tetkikleri istemeli ve gerektiğinde acil olarak müdahale edebilmelidir. (1), (66).

Kapsamlı yaklaşım: Aile hekimliği tedavinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini de içerir. Hastanın sadece aile hekimliğine başvurduğu andaki sağlık sorunuyla değil

tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir (72). Hastada bulunan akut ve kronik hastalıkların belirtilerini aynı anda hafifletmeye çalışırken aynı zamanda hastada farklı sağlık sorunlarının oluşmasına karşıda sürekli olarak koruyucu sağlık hizmeti sunar. Aynı zamanda hastalığıyla başa çıkamayan hastaları da rehabilite ederek hastalıklarıyla ilgili onlara eğitimler verir. Önlenebilecek sağlık sorunu olan hastalarda da en uygun tedaviyi hastaya uygulayarak sağlık durumunu iyileştirir (8).

Toplum yönelimli olma: Aile hekimliğinin ilgilendiği sorunlar sadece bireysel değil aynı zamanda bireylerin içinde bulundukları aile ve toplumla da bağlantılıdır. Aile, bireyin en yakın çevresi olduğu düşünüldüğünde hem genetik olarak hem de fiziksel olarak bireyi etkiler (64). Hastalığın bireysel, ailevi ve sosyal boyutlarını birlikte ela almak aile hekiminin uğraştığı hastalıkların birçoğunda başarı sağlamasına yardımcı olur. Aile hekimi toplumun sağlık problemlerinden ilk haberdar olacak kişidir. Hastaların kişisel sağlık problemleriyle içinde yaşadıkları toplumun sağlık problemlerini elde olan kaynakları dengeli kullanarak çözmeye çalışır. Bölgesel sağlık problemlerinde farklı sektörlerle ve gönüllü kuruluşlarla birlikte çalışmak olumlu sonuçlar verecektir (2).

Bütüncül yaklaşım-modelleme: Tıbbın ilerlemesi birçok uzmanlık dalını ortaya çıkarmıştır. Bu kadar fazla uzmanlık dalının olması bireye bir bütün olarak yaklaşıp teşhis ve tedavi etmeyi zorlaştırmaktadır (56). Bazı hastalıklar birbirleriyle bağlantılı olabilmektedir. Bu noktada hastanın farklı uzmanlık dallarına gitmesi ve farklı farklı tedavilere maruz kalması tedavilerin oluşturacağı birçok yan etkiye de beraberinde getirmektedir. Hastaları parça parça değil de bir bütün olarak ele alan tek uzmanlık aile hekimliğidir. Aile hekimliği bireyi sadece fiziksel olarak değil yaşadığı toplumun özellikleriyle, kültürüyle, psikolojisiyle bir bütün olarak görerek bu boyutlarla birlikte hastanın tedavisi veya sağlığının korunmasını sağlar. Kişileri farklı tedavi yöntemlerinin yan etkilerinden kurtararak tedavi süresinin etkili bir şekilde sürdürülmesini sağlar. Ayrıca aile hekiminin bireye bütüncül olarak bakmasının memnuniyeti arttırdığı da görülmüştür (73), (2).

4.2.3. Dünyada Uygulanan Aile Hekimliği Sistemleri

Aile hekimliğine olan gereklilik ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından öne sürülmüştür. Francis Peabody, “tıp bilimlerinde oluşan aşırı

uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliği" şeklinde vurgulamıştır (74), (75). Bu görüşle birlikte 1952 yılında İngiltere'de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. 1966 yılında ise Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından Millis Raporu ve Willard Raporu yayınlanmış ve yeni bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği 1969 yılında Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun (Board of Family Practice) kurulmasıyla doğmuş ve aile hekimliği kavramı tamamen tanınmıştır (76), (81), (77).

Aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmesi ve tanımının yapılması 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında gerçekleşmiştir. Toplantıda insanı organ ya da sistemlerini temel alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak birinci basamakta aile hekimliği tanımlanmıştır (76), (77).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılındaki Alma Ata Konferansı'nda "2000 Yılında Herkese Sağlık" projesiyle birlikte tüm ülkelere önemli hedefler ve stratejiler belirtilmiştir. Bu konferansta sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerindeki öncelikler belirlenerek birinci basamakta aile hekimliği modelinin tanımı ve önemi vurgulanmıştır (78). Bu konferansla birlikte, birçok ülke birinci basamak sağlık hizmetlerini ülkelerine adapte etmeye başlamış ve sağlığı geliştirme amaçlı toplumun yaşam tarzına ve çevreye olumlu yönde değişiklikler yapacak politikalar oluşturmuşlardır (79), (43), (78).

DSÖ ve WONCA, "2000 Yılında Herkese Sağlık" projesini desteklemek için, 1994 yılında Ontario-Kanada'da konferans düzenlenmiştir. Bu konferansta birey sağlığıyla toplum sağlığının entegre edilmesinde aile hekimlerinin önemini ve sağlık bakımının herkese kaliteli, etkin maliyetle, eşit bir şekilde ulaştırılması için değişiklikler olması gerektiği belirtilmiştir (80).

Avrupa Birliği tarafından 2001-2006 yılları arasında "Halk Sağlığı Programı" hazırlanmıştır. Programa göre bireyin ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılarak hastalıkların önlenmesi ve sağlığın sürekli olarak geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili aydınlatılmasının koruyucu sağlık hizmetlerindeki önemi belirtilmiştir (82).

Aile hekimliği uygulaması sunum, finansman, insan gücü, adlandırma vb. açısından ülkeler arasında farklılık gösterse de birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını oluşturur. Farklılığın nedeni ise her ülke ekonomik ve sosyal yönden farklıdır ve dolayısıyla her ülke bireyinin sağlığa olan talepleri de farklıdır. Dünyadaki ülkelere göre aile hekimliği uygulamaları şu şekildedir:

4.2.3.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Aile Hekimliği Sistemi

ABD'de aile hekimliğinin temeli 1947 yılında "Amerikan Genel Pratisyenlik Birliği" ile atılmıştır. 1971 yılında adı "Amerikan Aile Hekimliği Birliği" olarak değiştirtildi. 1960'lı yıllarda özellikle nüfus sayısının fazla olmadığı bölgelerde hekim azlığının fark edilmesiyle beraber aile hekimliğine olan ihtiyaç ortaya çıktı (83), (77). 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından Millis Raporu, Willard Raporu ve Folsom Raporu olarak üç tane rapor yayınlandıktan sonra aile hekimliği tanınmıştır. Millis Komisyon Raporu olarak da bilinen Millis Raporu; "Amerikan Tıp Birliğinin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu'nun Raporu" dur. Willard Komite Raporu olarak da bilinen Willard Raporu; "Amerikan Tıp Birliği Eğitim Konseyi Aile Hekimliği Eğitim Komitesinin Raporu" dur. Folsom Raporu ise; "Toplum Sağlığı Ulusal Komisyonunun Raporu" olarak hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından destek gördü (74). Millis ile Willard raporlarıyla birlikte Aile Hekimliği Uzmanlık programlarının ana hatları belirlendi (75).

Aile hekimliği Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez 1969 yılında Amerikan Aile Hekimleri Kurulu (Board) (ABFP) kurulmasıyla ve aile hekimlerinin yetiştirilmesiyle tamamen başlamıştır. (84).

52 eyaletten oluşan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her bir eyaletin kendine ait sağlık organizasyonu vardır (85), (72). Özel sağlık sigortasının en sık kullanıldığı ülke olan ABD'de ülkenin yaklaşık %86'sı özel sağlık sigortasına sahiptir. Hiç sağlık sigortası bulunmayanlar ise %14 oranındadır (61). Özel sağlık sigortasının bu kadar çoğunlukta olması ABD sağlık hizmetlerine sadece maddi açıdan yüksek düzeyde olan kesimin ulaşması demektir. Maddi açıdan düşük seviyede olan kesimin sağlık hizmetlerine ulaşımı sadece devlete bağlı olan sosyal sağlık sigortasıyla sağlandığı düşünülürse %24 oranı oldukça düşük ve yetersizdir. Sağlık düzeylerine bakıldığında

beyaz Amerikalılara göre etnik azınlıklar, siyahlar ve göçmenler arasında oldukça fark olduğu görülmektedir (86). Koruyucu sağlık hizmetleri daha çok sigortası bulunmayanlara halk sağlığı kurumu tarafından verilmektedir (87).

ABD sağlık hizmetlerinde düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Hastalar hekimleri tarafından bir üst basamağa sevk edilebilir ya da kendi isteklerine göre de bir üst basamağa başvurabilirler. Bu uygulama sahip oldukları özel sağlık sigortasının poliçesine ve anlaşmalı hekim listesine bağlıdır (46). Birincil sağlık hizmetleri özel ve bağımsız olarak çalışan hekimler tarafından verilmekte olup son zamanlarda grup pratiği de gittikçe artmaktadır (88).

Aile hekimliğinde ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılmaktadır (75). Uzmanlık eğitimi üç yıl olup "Amerikan Aile Hekimliği Kurulu" tarafından oluşturulur ve sınav zorunluluğu bulunmaktadır (89).

4.2.3.2. İngiltere Aile Hekimliği Sistemi

İngiltere'deki adı "Genel Pratisyenlik" olan aile hekimliğine olan gereklilik ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından öne sürülmüştür (61), (5), (74). Francis Peabody, "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır" (75). 1952 yılında Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin (Royal College of General Practice) kurulmasıyla birlikte aile hekimliğinin tarihsel süreci başlamıştır (10).

İngiltere'de aile hekimliği eğitimi tıp fakültelerinin aile hekimliği kürsüsünde verilir. Tıp fakültesinden mezun olan hekim hemen aile hekimi olarak işe başlayamaz. Hekimler mezun olduktan sonra dahiliye, kadın doğum, çocuk, acil ve psikiyatri bölümlerinin her birinde 6'şar ay olmak üzere toplamda 2 yıl hastanede eğitim görürler ve sonrasında 1 yıl da aile hekimliğinin yanında eğitim görürler. Aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi 1979'dan beri zorunludur. Farklı branşlardan aile hekimi olmak isteyenlerde, aile hekimlerinin aldığı hastane ve saha eğitimlerinin dışında 3 aşamalı olan yazılı, sözlü ve hasta başında gerçekleştirilen sınavları başarıyla tamamladıkları sürece geçiş yapabilirler (10).

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi 1948 yılında kurulmuştur ve büyük kısmı vergiler başta olmak üzere kamu kaynaklarıyla finanse edilmektedir. (90). Ulusal Sağlık Hizmetleri finansmanı vergilerle sağlandığı için hastalar sağlık hizmetlerine herhangi bir ücret ödememektedirler. Bu yüzden her hastanın temel sağlık hizmetlerine maddi açıdan ulaşması eşittir.

Sağlık hizmetleri, hastanın hastalığına göre sosyal yaşantısını da değiştirebilen ve hastaya uyumlu hale getirebilen bir hizmet sunuyor. Hastanın ev durumunun hastalığa uygunluğunu denetleyen bir sosyal servis ağı bulunuyor. Örneğin; ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yatırılan, merdiven çıkamayan ortopedik engelli bir hasta için öncelikle yaşadığı yerin merdivenine asansör yerleştiriliyor sonrasında hasta taburcu ediliyor (10).

Hastaların ilk olarak aile hekimliğine başvurmaları zorunludur (88). Aile hekimlerinin sevk oranı % 10 civarında olan İngiltere'de hastalar ikinci basamağa sadece acil durumlarda başvurabilirler. Temel sağlık hizmetleri aile hekimliği dışında, toplum sağlığı hizmetlerini, acil servis hizmetlerini, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır (5).

Hastalar hekim seçmekte, hekimlerde hasta seçmekte özgürdür. Geçici olarak İngiltere'ye gelen yabancılarda hekimlere kayıt yaptırıp sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler (78).

İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi diğer ülkelere göre faklıdır. Kişi ve hizmet başına ödeme şeklinin dışında bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilir. (91).

4.2.3.3. Almanya Aile Hekimliği Sistemi

Almanya'da aile hekimliğinin geçmişi 1852'lere dayanır ve uzmanlık dalı oldukça gelişmiştir. 1976'da Hannover Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği kürsüsü kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini almak isteyen hekimler için 1980'den beri bitirme sınavı zorunlu olarak uygulanırken, 1994 yılında da aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu olmuştur (92), (93), (94).

Almanya'da "Bismarck Modeli Sağlık Sigorta Sistemi" bulunmaktadır. Bu modelde amaç; toplumun bütününü sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için olabildiğince geniş ölçüde kapsama alabilmektir. Nüfusun %90'ını kapsamaktadır. Meslek dallarına

göre farklılık gösteren sigortanın primleri kişinin finansal durumuna ayarlanmaktadır. Bu yüzden de sağlık hizmetleri sunumunun çoğunluğu kamudadır (95), (96).

Almanya sigorta sistemiyle toplumun çoğunluğunun sağlık hizmetlerine erişimine olanak sağladığı için dünyanın en iyi sağlık hizmetleri olmasına rağmen karmaşıklıkta söz konusudur. Toplumun çoğunluğu Sigortalar Yasasının II. Kitabının kapsamında olmasına rağmen madenciler, tarımda çalışanlar, işsizler gibi bazı özellikli gruplar ayrı bir şekilde ele alınmıştır ve bu da karmaşıklığa neden olmaktadır (46).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği bulunur. Aile hekimliğinde öncelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastaların gereksinimlerine göre diğer uzmanlar aile hekimliğinde görev almaktadır. Sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği de genel pratisyenler için önemlidir ve çoğu hekim bu konularda da kendilerini geliştirmektedirler (5).

Hastalar hangi aile hekimini seçip dosyalarını teslim ederse o aile hekimine 3 ay bağlı kalmak zorundadırlar. Hastalar sadece aile hekimleri gerekli görürse sevk edilebilmektedirler (78).

Sağlık çalışanlarının ödemeleri 1996 yılından beri hizmetleri sınırlandırabilmek için hizmet başı ödeme sisteminden aşamalı bir ödeme sistemine geçilmeye çalışılmaktadır. Örneğin, belirli sayıda hizmete ödenen ücret, sayının aşılması durumunda düşecektir. Ayrıca hekimlerin gereksiz işlem yapmalarını engellemek amacıyla da bireysel bütçeler oluşturulmuştur (5), (95).

4.2.3.4. Kanada Aile Hekimliği Sistemi

Ulusal Sağlık Sigortası toplumun tümünü kapsamına alır ve 65 yaş üstü bireyler ve maddi durumu iyi olmayanlar hariç herkesten sağlık sigortası için prim alınır. Reçetedeki ilaçlar ve sosyal güvenceyle anlaşmalı olmayan hekimlerin verdikleri hizmetler için kişisel ödemeler yapılmaktadır (97), (75).

Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği yapısı bulunmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi iki yıl sürmektedir ve uzmanlığını alan hekimlere 1954 yılında kurulmuş olan Kanada Aile Hekimleri Koleji üyelik sağlamaktadır. Zorunlu olan tıp eğitimi kolej tarafından verilmektedir (61).

Aile hekimleri kentlerde muayenehanelerinde, kırsal bölgelerde ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hastalarla ilgilenirler ve bir üst basamağa sevk ettikleri hastaların durumlarıyla da ilgilenmeye devam ederler (94).

4.2.3.5. Norveç Aile Hekimliği Sistemi

Norveç'in Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemi uyruğuna bakmaksızın tüm toplumu zorunlu olarak kapsamı altına alır. Hem sosyal hem de medikal ilkeleri içeren bir sistemdir. Bireyler işsizlik, yaşlılık ve hastalıkları süresince hem ekonomik olarak hem de sağlık hizmetleri gibi hizmetlerden yararlanırlar (98).

Aşamalı sağlık sistemine sahip olan Norveç'te hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine gelirler. Aile hekimliğinin Norveç'teki ismi genel pratisyenliktir ve hekim gerekli görürse diğer sağlık hizmeti basamaklarına yönlendirir (78). Hasta başına ücretlendirme yapılmaktadır (89).

1985 yılında kabul edilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi beş yıl sürmektedir ve sürekli eğitim zorunludur. Eğitimin bir yılı klinikte dört yılı da bir aile hekiminin yanında verilir (99).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezlerinde aile hekimleri tarafından hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri olarak sunulur ve sevk zorunluluğu vardır. "Yerel Yönetimler Sağlık Planı" 1984'te uygulanmaya başladığından beri birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimin elindedir ve bölgelere göre kaç aile hekiminin konumlandırılacağını düzenlemekle görevlidir (78).

Aile hekimliği kendisine verilmiş olan bölgedeki bireylere sağlık hizmeti sunar. Hastalar eğer isterlerse başka bir aile hekimini de seçebilirler. Ancak aile hekimliği değiştirme süresi yılda iki kere olarak belirlenmiştir (100).

4.2.3.6. Portekiz Aile Hekimliği Sistemi

Portekiz'de 1979 yılında devlet bütçesinden finanse edilen Ulusal Sağlık Hizmeti kurulmuştur. Hizmeti sunan ile finanse eden kurumlar birbirinden ayrılarak sistem kamu sözleşme modeline dönmüştür. Ayrıca sistemde zorunluluk içemeyen özel sigortalarda bulunmaktadır (101).

1987 yılında tıp fakültesi olarak ilk kez Lizbon Üniversitesi'nde aile hekimliği bölümü açılmıştır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev almak isteyen hekimler için aile hekimliği eğitimi zorunlu olmuştur (3). 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi ve 1 yıllık genel pratisyen olarak çalışma sürecinin hemen ardından 4 yıllık aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlar. Asistanlık; birinci basamak sağlık merkezlerinde aile hekimliği uygulamalarının yanı sıra pediatri, jinekoloji ve obstetrik, ruh sağlığı, acil servis ve 6 ay seçmeli rotasyon sürecinden meydana gelir (102).

Hekimlerin büyük çoğunluğu Ulusal Sağlık Sistemine bağlı olup sisteme bağlı olmayan hekimler ise özel hekim olarak görevlerini yerine getirmektedirler. Bireylerin aile hekimini seçme hakkı vardır. İkinci basamağa erişim için aile hekiminin sevki gereklidir ve hastaların hangi hastaneye gideceklerini seçme hakkı varken tedavi olacakları hekimi seçme hakları yoktur. Laboratuvar ve röntgen gibi hizmetler sağlık merkezlerinde bulunmadığı için aile hekimi hastaları özel kuruluşa sevk etmektedir. Aile hekimleri ödemelerini maaş olarak alırken özel hekimler ise hastalara verdikleri hizmet başına ödemelerini almaktadırlar (78).

4.2.3.7. Fransa Aile Hekimliği Sistemi

Fransa'da sevk zinciri yoktur. Genellikle serbest çalışan aile hekimleri, genel pratisyenlik uzmanları ve diğer dal uzmanları tarafından birinci basamak sağlık hizmeti sunulur (61). Uzmanlık eğitimi zorunludur ve 3 yıldır (103).

Bismarck modeli sosyal sigorta yaklaşımının hakim olduğu Fransa'nın Almanya Bismarck modelinden farkı, sağlık sigorta fonlarının hiçbir zaman bağımsız olmayarak tamamen devletin kontrolünde olmasıdır (104).

Fransa'ya en iyi sağlık sistemi ünvanını getiren 2000 yılı aile hekimliğinde çalışan hekim sayısı açısından kötü bir yıl olmuş aile hekimlerinin sayısında büyük oranda bir düşüş meydana gelmiştir. (103).

4.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi

Ülkemizde 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile "Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması" amaçlanmıştır (106).

SDP'nın hedefleri şunlardır;

1- "Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,

2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi,

3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi,

- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli,
- Etkili, kademeli sevk zinciri
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler

4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,

5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi" (107).

4.3.1. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde olan gelişim Cumhuriyetin ilanının ilk yıllarına kadar dayanmaktadır ve tedavi edici sağlık hizmetlerini geliştirirken koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi anlaşılmıştır. Cumhuriyet'in ilanından sonra ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam sağlık hizmetlerinin kurulup gelişmesini sağlamıştır (108). Refik Saydam sağlık hizmetlerini sınırlı kaynaklarla örgütlerken koruyucu ve tedavi edici hekimliğini ayrı olarak ele almış; koruyucu sağlık hizmetlerinin Bakanlığın, tedavi edici sağlık hizmetlerini ise özel idare ve belediyelerin görevi olarak düşünmüştür. 1940'lı yıllarda koruyucu hekimlik hizmetleri hükümet hekimleri tarafından salgın hastalıkları için oluşturulan örgütlerde verilmiştir. Bu yıllarda birinci basamak sağlık hizmetleri tam olarak örgütlenememiş; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde verilmeye çalışılmıştır (109), (62).

1961 yılı ülkemizde sağlık ve sağlık hizmetlerinin ilk basamağı açısından oldukça önemlidir. Anayasa'da sağlık, bir insan hakkı ve devlet görevi olarak ifade edilmiş ve böylece herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanmakta eşit hakka sahip olduğu

anlaşılmıştır (110). 1960 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı'na atanan Nusret Fişek 1961 yılından günümüze kadar yürürlükte olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nı hazırlamıştır. Yasayla birlikte Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması için en net ayrım yapılmıştır (111), (62). Yasaya göre tüm ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocakları, kendilerine bağlı olan bireylere ekip anlayışı içinde sağlık hizmeti veren bir yapı olup, birinci basamak tedavi hizmetleriyle koruyucu sağlık hizmetlerini sunarak gerektiği takdirle bireyleri ikinci ve üçüncü basamağa olan sevkinden sorumludur (112), (113). Sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve izleme yeri olma özelliği taşıyan sağlık ocakları, nüfus tabanlı örgütlenmesinden kaynaklı olarak bireylerin kayıtları bulunmasına rağmen hiç sağlık ocağına başvurmayabilirler (23). Sağlık ocaklarının üç tipi bulunmaktadır. Köy tipi (nüfusu 10 binden az yerlerde), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasındaki yerlerde), il tipi (nüfusu 20 binden fazla olan yerlerde) geçerlidir. (43), (114).

4.3.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Tıbbi bilgi birikim ve teknoloji geliştikçe daha fazla uzmanlıklar ortaya çıkmış ve tıp karmaşık bir hal almıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumunun da karmaşıklaşmasının önüne geçilemeyerek disiplinler birbirinden kopmuş ve küçük dallara ayrılmış, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı olmuştur (2), (3). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve eğitiminin etkili ve maddi açıdan etkin olabilmesi için kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak tedavi hizmetlerinde entegre olarak sunulması gerektiği görülmüştür. Kişileri yaşadıkları toplumla birlikte değerlendiren yaş, cinsiyet gibi özellikler açısından ayrım yapmadan sürekli ve bütüncül olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alabilecek bir hekim ihtiyacı ortaya çıkmıştır (2).

Çoğu ülkede uygulanan aile hekimliğinin olumlu özelliklerini ele alarak ülkemizde de uygulamaya geçmek mümkündür. Sağlık hizmetleri ülkenin gelişmişlik göstergelerinden biridir ve ülkemizde istenilen düzeyde değildir (93). Ülkemizin şu an ki sağlık sistemi; yapısal, işleyiş ve dağılım bakımından gereksinimlere cevap verememektedir (115). Bu yüzden aile hekimliğini ülkenin koşullarını da göz önünde

bulundurarak daha etkili, sevk zincirinin iyi işlediği ve kaliteli bir sağlık hizmetlerine dönüştürülmesi gerekir (116).

Aile hekimliği 1970 yılında ayrı bir uzmanlık dalından ziyade daha çok sağlık ocağı hekiminin görevlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Ancak uygulamada sorunlar çıkınca 1983 yılında aile hekimliğinin Türkiye için zorunlu olduğu görülmüştür (111).

Türkiye'de aile hekimliği 3 dönemde gelişmiştir.

- 1983- 1993 Dönemi
- 1993- 2002 Dönemi
- 2002 Ve Sonrası Dönem

1983- 1993 Dönemi

Ülkemizde aile hekimliği ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. 1984'te Gazi Üniversitesi'nde ilk aile hekimliği bölümü sadece kağıt üzerinde kurulmakla kalmış devamı gelmemiştir (117). 1985'te Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde tamamen başlamıştır (77). 1990'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanlar tarafından Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş ve 1993 de ilk Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi İstanbul'da yapılmıştır. AHUD İstanbul şubesinin destekleriyle ilk kez Aile Hekimliği Dergisi çıkarılmıştır (78).

Bu dönem eğitim başta olmak üzere birçok ilklerin olduğu ve aile hekimliğinin temellerinin atıldığı bir dönemdir.

1993- 2002 Dönemi

16 Temmuz 1993'te Yüksek Öğretim Kurulu'nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması sağlanmıştır (111). Üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak başlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü tarafından 1994'te Ankara'da, 1996'da Adana, Bursa ve İzmir'de kurulmuştur (78). 1995'te Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci

basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getirmiştir (3). Bunun üzerine Nisan 1995'te Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı'nın yayınlanması uygun görülmüştür. 1996'da, Avrupa topluluğu iki yıl olan zorunlu eğitim süresini üç yıl yapmıştır. Aile hekimliği doçentlik unvanı ilk kez 1996'da verilmiştir (93).

1995 yılında aile hekimliğiyle alakalı bilimsel yayınların önemi fark edilerek "Aile Hekimi Dergisi" yayımlanmış ve ikinci sayısından sonra yayımlanmasına son verilmiştir. 1997 yılında da "Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (AHUD)" tarafından "Aile Hekimliği Dergisi" yayımlanmaya başlamıştır (117). Mart 1998'de Bakanlar Kurulu Kararı ile AHUD; Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını alarak ülkemizi Dünya'da temsil etmiştir. 2001'de WONCA yönetim kurullarından birine ilk kez Türkiye'den bir aile hekimliği uzmanı seçilme hakkı kazanmıştır. 2003 yılında TAHUD; WONCA ve WONCA Avrupa üyeliğine girmiştir (8).

Bu dönemde ilk doçentlik ve profesörlük unvanları verildiği için daha çok aile hekimliğinin akademik alanında gelişme gösterdiği bir dönemdir.

2002 ve Sonrası Dönem

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2002'de Acil Eylem Planı'nda "Herkese Sağlık" başlığıyla sağlık hizmetleri alanındaki temel hedefler açıklanmasından sonra 2003 yılında da Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak halka duyurulmuştur. Programın temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir biçimde herkese ulaşmasını sağlayarak ülkenin sağlık düzeyini yükseltmektir. Programla birlikte genel sağlık sigortası, aile hekimliği sisteminin uygulanması, sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin, sağlık bilgi sisteminin varlığı gibi konuların üzerinde durulmuştur. Böylece sağlık ocakları kaldırılıp yerine aile hekimliği modelinin temelleri atılmıştır (43), (107), (118).

Aile hekimliğinin yasal zemini ise şu şekilde oluşturularak Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (119);

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (24.11.2004)
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005)

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.08.2005)

Sağlık Bakanlığı 2005 yılında Düzce ilinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması'na başlanmıştır. Düzce ilinden sonra Edirne, Denizli, Eskişehir, İzmir gibi iller ile devam edilmiştir. Bu illerin seçilmesinin nedeni, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı sisteminin bulunduğu dönemlerde diğer illere göre daha iyi örgütlenme ve sağlık hizmetinin kapsayıcılığı açısından başarı sağlayan iller olduğu için ilklerde tercih edilen iller olmuşlardır (120), (121). İllerde hekim-hasta ilişkilerinin güçlenmesinden duyulan memnuniyet ve başarılı çalışmalar sonucunda 2010 yılının sonuna doğru bütün Türkiye'nin Aile Hekimliği Uygulamasına geçmesi sağlanmıştır (93).

4.3.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Modelinin İncelenmesi

Çağdaş sağlık sistemlerinin en önemli amaçları; birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık vererek, ayrım yapılmaksızın herkesin ulaşabilmesi ve herkesin ihtiyacı kadar faydalanmasını sağlamak, kişilerin yaşam kaliteleriyle birlikte sağlık standartlarının yükselmesini kapsamaktadır. Ülkemiz açısından büyük bir öneme sahip olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacı; "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete en uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır" (5).

Aile hekimliğinde etkililik, verimlilik ve hakkaniyet kavramlarını açarsak:

Etkililik; sunulan sağlık hizmetleriyle toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek amacıyla hastalıkların önlenmesi, anne ve bebek ölümleri azaltılırken, beklenen yaşam süresinin artırılması hedeflenmektir (106).

Verimlilik; finans kaynaklarının iyi yönetilmesiyle düşük maliyetle daha fazla hizmetin üretilmesi, insan kaynaklarının uygun olarak dağıtılmasıdır (41).

Hakkaniyet; coğrafi bölge, cinsiyet, din ve yaş gibi farklılıkların sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini etkilememesidir (122).

Aile hekimliğinin bireylere verdiği sağlık hizmeti açısından amaçları ise (123);

- Sağlıkla ilgili ilk değerlendirmeyi yaparak bireylerde oluşacak hastalıklara erken tanı koymak ve tedavisini gerçekleştirmek,
- Kendisine kayıtlı olan bireylerle ilgili sorumluluk alarak sürekli ilişki halinde olup onları izlemek,
- Hem bireye hem de çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,
- Kronik hastalıklara sahip olan bireylere gerekli bakım ve tedaviyi sürekli olarak sunup onları izlemek,
- Bireylerin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktır.

Aile hekimlerinin sürekli olarak eğitimlerinin geliştirilerek güçlendirilmesi ve çalışanların özendirilmesi, birey ihtiyaçlarına cevap vererek koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve sevk sisteminin düzgün işlemesi ana hedeflerdir. Bu hedeflerin hayata geçirilmesiyle birlikte ikinci basamakta ki yoğunluğu engelleyip bireyler gerçekten hangi basamağa ihtiyaç duyuyorsa o basamakta sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetleri daha etkili bir şekilde verilerek, toplumun hastalık yükü azalacak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri de daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunacaktır (125).

4.3.3.1. Aile Sağlığı Merkezi (ASM)

Bireylerin isteklerine daha çok cevap veren aile hekimliği uygulamasının hayata geçmesiyle birlikte sağlık ocaklarının yerini ASM'ler almıştır. Yönetmeliğe göre, "aile sağlığı merkezi; bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu" olarak ifade edilmektedir (58).

Ateş'e göre aile sağlığı merkezi, kalite standartları dikkate alınarak dizayn edilmiş olan, sunacağı hizmetin fonksiyonlarına göre yeterli ve oda ekipmanı bulunan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının hizmet verdikleri sağlık kuruluşudur (10).

Aile sağlığı elemanı ise; çalışma koşullarının özelliğine göre aile hekimiyle beraber hizmet vermede görevli olan hemşire, ebe veya sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter veya laboratuvar teknisyenini ifade eder. Basit laboratuvar tetkiklerini

yapabilecek ve ASM'de ki tıbbi sekreterlik işlerini yürütebilecek kadar yetiştirilirler (5).

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı kendi ASM'lerine kayıtlı oldukları hastalarına karşı sorumlu olarak onların sağlık alanıyla ilgili her türlü ihtiyaçlarına ve sorunlarına yardım ederler ve onları sürekli olarak izlerler.

ASM'ler Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan binalar dışında, hizmet alacakların kolay şekilde ulaşmalarını engellemeyecek yerde olması gibi standartlara sahip mekanların onaylanması halinde de konumlandırılabilirler (58).

Belirtilen nüfus özellikleri göz önünde bulundurularak sözleşme yapmış aile hekimi veya hekimleri tarafından ASM açılabilir. Ayrıca aile hekimleri, sağlık personeli dışında güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya gibi hizmetleri de satın alıp çalıştırabilir (72).

ASM'ler de birden fazla aile hekimi görev alıyorsa, kendi aralarında bir yönetici aile hekimi belirlerler. Yönetici aile hekimi, ASM'nin işletilmesi başta olmak üzere merkezin müdürlüğünden ve toplum sağlığı merkeziyle koordinasyonundan da sorumludur. Ancak yöneticinin diğer aile hekimleriyle aile sağlığı elemanları üzerinde hiçbir sorumluluğu yoktur. Gerekli haller dışında yönetici yılda bir kez seçilir ve yönetimin aldığı her karar, karar defterine not edilir (58).

4.3.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge toplum sağlığı merkezini; "Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" şeklinde tanımlar (126).

Toplum sağlığı uzmanı/ Toplum sağlığı hekimi, toplum sağlığına yönelik su, beslenme denetimleri ve epidemiyolojik çalışmalar dışında eğitim faaliyetlerinin yürütülmesini

sağlayan halk sağlığı veya toplum sağlığı uzmanlarıdır. Hekimlerin Sağlık Bakanlığı'nın zorunlu olarak gördüğü sertifika eğitimini almaları gerekmektedir. Görevlerin gerekirse aile hekimleri ile koordinasyon içerisinde yürütülmesini sağlar (5), (10). ASM'lerde çalışmak istemeyen personel TSM'lerde görev alabilmektedir (93).

TSM'ler bölgelerindeki sağlık hizmetlerini bir bütün olarak değerlendirerek yürütülmesini sağlar. Görevlerini yaparken sağlık kuruluşlarıyla beraber diğer kuruluşlarla da koordinasyonu sağlayarak toplumun ve bireylerin sağlıklarını korumak ve sağlık düzeyini yükseltmek için çalışırlar (126).

4.3.3.3. Eğitim ve Sertifikasyon

Ülkemizde iki şekilde aile hekimi olunabilmektedir. Birincisi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Tıpta Uzmanlık Sınavı'yla Aile Hekimliği bölümünü kazanarak en az üç yıl süren asistanlık sürecini başarıyla bitirip aile hekimi uzmanı olunabilir. İkincisi ise mevcut olan hekimlere aile hekimliği geçiş dönemi eğitimi verilmesiyle aile hekimi olunabilir (56).

Türkiye'de aile hekimliğinde en az 3 yıllık olan uzmanlık eğitiminin planı:

- "9 ay İç Hastalıkları

- 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

- 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum

- 6 ay Cerrahi Ağırlıklı Acil

- 4 ay Psikiyatri aşamalarından oluşmaktadır" (78).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi tamamlandığında;

- Birinci basamakta sağlık hizmetlerinde en fazla rastlanan sağlık sorunlarının tedavisi ve korunma yolları hakkında bilgisi olan,

- Sağlık hizmeti almak için gelen bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgili öyküsünü eksiksiz alan, doğru tanıyı koyabilmek için labarotuvar ve radyolojik tetkiklerden hangisinin gerekli olduğunu ayırt edebilen,

- Tedavi seçeneklerini hastaya aktararak en doğu olan tedavi sürecini hastayla birlikte karar verebilen,

- Akut ve kronik hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konusunda bireylerin sosyal ve biyolojik çevresini de dikkate alarak en doğru yolu seçebilen,

- Sürekli ve etkin sağlık hizmetini sunarken diğer uzmanlık dallarıyla etkileşim halinde bulunan,

- Kendisini mesleğiyle ilgili sürekli olarak geliştirebilen aile hekimleri yetişir (127).

Aile hekimliği uzmanlığını alan hekimler ülkemizde yetersiz olduğundan mevcut hekimler göreve alınmıştır. Bu yüzden aile hekimliği geçiş dönemi eğitimleri oldukça önemlidir (5).

Aile hekimlerinin adaptasyon eğitimi iki aşamalıdır. Birinci aşama eğitim programı en fazla 10 gün olup, aile hekimliği hizmetlerinin gerektirdiği nitelikleri kavrayarak bu yönde davranış kazanmaları amaçlanmaktadır (128). Tıp fakültelerinden bir ay boyunca aile hekimliği stajı yapan mezun hekimler için birinci aşama eğitim zorunlu değildir (58).

İkinci aşama eğitim programı ise birinci aşama eğitim bittikten sonra başlayarak en az on iki ay boyunca uzaktan eğitim olarak Aile Hekimliği Daire Başkanlığı'na bağlı olan Aile Hekimliği Eğitim Merkezi (AHEM) tarafından oluşturulmuş olan Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM) tarafından verilir. Elektronik öğrenme modülü ile eğitim gerçekleştirilir. Eğitim sonunda hekimlerin aile hekimliği hizmetlerinin öncelikli konularını öğrenerek tıbbi beceri kazanmaları amaçlanmaktadır (129), (93).

Her iki eğitimde de Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ölçütlere göre başarılı olunmalıdır. Uzman olmuş aile hekimlerinin her iki eğitime de katılması zorunlu değildir (58).

Tıpta uzmanlık tüzüğünde değişiklik yapılarak, aile hekimlerinin kısmi zamanlı uzmanlık eğitimini sürdürmeleri düşünülmektedir. Bu uygulamanın bazı Avrupa ülkelerinde örnekleri vardır ve ülkemizde de minimum 6 yılda sürekli eğitimi tamamlamış olan aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir (5).

4.3.3.4. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM)

Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresinin yarısı genel tıp uygulamalarına yönelik ana branşlarda rotasyon, diğer yarısı ise saha eğitimi olarak belirlenmiştir (78), (130), (131). Eğitim süresinin yarısının aile hekimliklerinde geçmesi beklenirken genellikle üçüncü basamak hastanelerde veya semt polikliniklerinde geçmektedir. Eğitimlerin birinci basamak saha sürecini tam olarak yansıtması için Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde (EASM) yürütülmesi düşünülmüştür (132), (131). Bu nedenle 2014 yılında Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği yayınlanmıştır. İlgili yönetmeliğe göre;

"Eğitim aile hekimliği birimi: Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, aile hekimliği hizmeti veren bir asistan ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,

Eğitim aile sağlığı merkezi: Eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşunu" ifade etmektedir (133).

EASM, aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu veya Üniversite Rektörlükleri ile Kurum arasında sözleşme yapılarak uygun görülen nüfus özellikleri baz alınarak eğitim kurumları tarafından açılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan; eğiticinin gözetiminde ve Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) belirlediği rotasyon sürecine göre aile hekimliği hizmeti sunar. EASM'nin, hastaların rahat ulaşabilecekleri bir konumda olması, birinci basamak sağlık hizmetleri için verilebilecek her türlü sağlık hizmetini verebiliyor olması, bina yapısının ve tıbbi donanımın uygun olması ve hasta memnuniyetini sağlaması gerekir (58). EASM çalışanları hafta içi kırk saatten az çalışmamalı ve cumartesi günleri nöbet usulüyle sekiz saat hizmet sunmalıdır (133).

4.3.3.5. Aile Hekimliği Sayılarının Tespiti ve Yerleştirme

Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi koşullar, kişilerin sağlık hizmetinden yararlanma sıklıkları dikkate alınarak ve bölgede yaklaşık 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde belirlenmektedir (58). Aile hekimliğinin bölgelerinin tespit edilmesinden sonra sözleşmeli olarak görev alacak aile

hekimlerinin kadro ve pozisyonları en yüksek hizmet puanına sahip olan hekimden başlanarak tercihlerine göre ilgili yerlere yerleştirilirler (93). Her aile hekiminin yanında kendisinin seçtiği ez az bir aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. (58).

4.3.3.6. Aile Sağlığı Merkezi Çalışma Şekli

Aile hekimi olmak isteyen sağlık personeli kamuda çalışıyor ise kurumunun onay vermesi gerekmektedir. Hekimler kamu kurumunda ücretsiz izinli sayılarak ilişikleri kesilmemektedir. Aile hekimliğini sözleşmeli olarak devam ettiren hekimlerin aynı zamanda Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) veya başka bir görev için başvurabilirler (58).

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile sözleşme imzalama yetkisi Vali veya görevlendireceği mercidir. Sözleşme süresi, bir yıl olarak bütçe yılı itibarıyla sınırlandırılmıştır. İhtiyaç duyulması halinde, Atama ve Nakil Yönetmeliği'ne göre atamalar yapılır, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine sözleşme yaparak aile hekimliğinde çalışmaya başlayabilirler (134).

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında ücretsiz izinli olarak sayılırken, kadroları ile ilişikleri devam eder. Eğer talep ederlerse eski görevlerine geri dönebilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları görevlerini yerine getirirken kazanç getirici bir başka işte çalışamazlar (65), (5), (135).

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının sözleşmeleri sona erdiğinde ücretsiz izne ayrıldığı görevlerine devam edebilmektedirler. Ücretsiz izne ayrıldıkları görevler kaldırılmışsa görev yerinin bağlı bulunduğu TSM'ye atanırlar (58).

Aile hekimi tam gün olarak çalışmakta ve haftada 40 saatten az olmamalıdır. Çalışacağı saatler ve günler hizmet verdiği bölgedeki kişilerin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, aile hekimi tarafından belirlenmekte ve yerel sağlık idaresince onaylanmaktadır. Çalıştığı günler ve saatler herkes tarafından görülebilecek bir yerde mutlaka belli edilmelidir (5).

Kendisine kayıtlı olan kişilerin hastalık ve yaralanma acil müdahale gerektirecek durumlarda olay yerine en kısa sürede ulaşmak, gerekli ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekli basamak sağlık hizmetine ulaştırmakta aile hekiminin görevidir (10).

Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ihtiyaç olduğunda mesai saatleri dışında nöbet tutabilir (58).

Aile hekimi yerine farklı bir kurumun acil servisine başvuran hasta için kurum hastanın aile hekimini durum ile alakalı bilgilendirir. Hastanın başvuru formuna aile hekimi "acil vaka" ibaresi düşer. Aksi takdirde hasta acil servis ücretinin bir kısmını kendi karşılamak zorunda kalır. Bu sayede hasta aile hekiminin bilgisi dahilinde sağlık hizmeti alır ve sevk zinciri de olması gerektiği şekilde işler (65).

Sözleşmeli aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri 30 gün olmakla birlikte mazeretine göre 5 gün daha izin verilebilmektedir. Doğum izninde toplamda on altı hafta izin süresi vardır. Dolayısıyla ücretsiz izin, askerlik, doğum izni, hastalık nedeni ile uzun süre hekimlik yapamayacak olan aile hekimleri, durumlarını belgeledikleri takdirde görevlerine geri dönebilirler (136).

Aile hekimliği uygulamasında oldukça önemli bir yere sahip olan aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir;

- Aile sağlığı birimini yönetir, çalıştığı ekibi denetler ve hizmet içi eğitimleri sağlar (5).

- TSM'ler ile birlikte hizmet verdiği bölgenin sağlık planlamasını yapar (58).

- Kişiye yönelik olarak danışmanlık hizmetleri ile birlikte sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler sunar. ASM'de veya evde birinci basamak hizmetlerini verir (10).

- Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların ilgili yerlere sevkini gerçekleştirir. Sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan sağlık bilgilerini ve kayıtlarını değerlendirerek ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ile evde bakımı koordine eder (5). Koordinasyonu sağlarken hastanın düşüncelerine de önem verir. Elde edilecek fayda ve maliyete göre hasta ile birlikte planlama yapar (55).

- Kendisine kayıtlı olan kişiler ile altı ay içinde iletişime geçer, ev ziyaretinde bulunarak ilk değerlendirmesini yapar (58). Ev ziyaretleri ile birlikte kronik hastalıklar takip edilerek komplikasyonların erken fark edilmesini ve küçük

müdahalelerle önlenmesini sağlar. Hastanın uzun dönem hastanede yatması önlenerek kaynak tasarrufu sağlanır (55).

- Tetkik hizmetlerini verir veya verilmesini sağlar (58).

- Kişilerin tüm sağlık kayıtlarını tutar (55). Yılda en az bir defa kayıtları değerlendirerek güncellenmesini sağlar (58).

- İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini verir veya verilmesini sağlar (10).

- İlaç temininde zorluk yaşayan yerlerde mevzuata uygun olarak ecza dolabını açar veya ilaçların teminini sağlar (5).

4.3.3.7. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı; "Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamanın teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir" şeklinde ifade edilmiştir (22). Bardak ve Tengilimoğlu'na göre ise sağlıkta hakkaniyet "sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir" şeklinde açıklanmıştır (137). Tüm bu açıklamalara göre aile hekimliği uygulaması düşünüldüğünde; aile hekimliği kentsel bölgelerde rahatlıkla uygulanırken, kırsal bölgelerde durum oldukça farklıdır. Kırsal kesimlerde bireylerin daha fazla ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine olan ulaşımı oldukça zordur. Bu yüzden gezici sağlık hizmetleri kırsal bölgelerde aile hekimliğinin uygulanabilirliği açısından oldukça önemlidir. Böylelikle sağlıkta hakkaniyet sağlanmış olacaktır.

Gezici sağlık hizmeti, bireylerin sağlık hizmetlerine olan ulaşımının zor olduğu belde ve köy gibi yerlerde verilen sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra riskli bölgeler ve riskli gruplar başta olmak üzere ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri de verilmektedir (24).

Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendi sorumluluğunda bulunan birimleri göz önüne alarak belirli aralıklarla

ziyaret etmelidir. Programı bölgenin muhtarı aracılığıyla belirlenen gün ve saate kadar haber vermesi gereklidir (58).

Görevlendirilmiş olan aile hekimlerine rahat ulaşım açısından araç, ilçe sağlık idaresi tarafından verilmektedir. Muayene için bölgedeki boş sağlık ocağı veya sağlık evi kullanılmaktadır (65).

4.3.3.8. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Hakkı

Aile hekimlerine ilk kayıt, müdürlük tarafından bireylerin ikamet ettikleri yerlere göre yapılmıştır. Yeni doğmuş veya henüz nüfusa kayıt olamamış bebekler ve çocuklar anneleri hangi aile hekime kayıtlıysa onlarda o aile hekimine kayıtlı olmalıdır (58).

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre "Mevzuat ile belirlenmiş usüllere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır." (22) Aynı şekilde kişiler aile hekimini de istedikleri şekilde seçme hakkına sahiptirler. Kişiler aile hekimini seçerken hiçbir bölge sınırlandırması yoktur, istedikleri bölgede istedikleri aile hekimini seçmekte özgürdürler. Ancak seçilen aile hekimi zorunlu haller dışında 3 aydan önce değiştirilmez. Değişiklik yapılmak istenirse yeni istenilen aile hekiminin veya ilgili TSM'deki kişilerin onayı doğrultusunda değiştirilir (58).

İkamet ettikleri ilden farklı bir ile taşınan bireyler istedikleri herhangi bir aile hekimine kayıt yaptırabilirler, eğer kayıt yaptırmazlarsa 30 gün içerisinde TSM tarafından kişiye ulaşılıp bilgi verildikten sonra, ikamet adresine en yakın ve nüfusu en az olana kayıt yaptırılır. Devamlı ikamet ettiği yerden uzakta kalacak ve herhangi bir sağlık problemi oluştuğunda kendi aile hekimine gidemeyecek olan kişiler veya geçici olarak Türkiye'de ikamet edecek olan kişiler, kendilerine yakın olan aile hekiminden hiçbir ücret ödemeden sağlık hizmeti alabilirler (58).

Hekim seçme ve değiştirme özgürlüğünün uygulanamadığı zamanlarda olabilmektedir. Kırsal bölgelerde yaşayanlar için farklı bir aile hekimi seçeneği olmadığı için hekim seçme gibi bir durumları bulunmamaktadır. Hastaların hekim seçme hakkı bulunduğu gibi hekimlerinde hastayı seçip seçmeme hakları vardır. Hastaların hekime karşı olan olumsuz davranış ve tutumlarının ortaya çıkması, sağlık probleminin çözümünü zorlaştıran durumların oluşması, aile hekiminin veriminin

azalması, ve taraflar arasında adlî bir sorunun oluşması gibi durumların ortaya çıkmasıyla aile hekiminin hastayı kabul etmeme hakkı vardır (116).

4.3.3.9. Aile Sağlığı Hizmeti Sürekliliğinin Devamı

Hizmet sürekliliğinin ilk adımı aile hekimlerinin gönüllü olarak ülke genelindeki dağılımını gerçekleştirmektir. Bir aile hekiminin gönüllü olması, onun görevini yeterince benimsemesini pekiştirecek ve görevden ayrılıp başka bir yerde görev almayı istemesini engelleyecektir (5).

Aile hekimliğine kayıtlı olan hastaların sürekli olarak aynı hekim tarafından takip edilmesi hizmet sürekliliğinin bir diğer adımıdır. Aile hekimliğinin başarıyla uygulanması bütüncül ve sürekli olarak sunulmasıyla gerçekleşebilir. ASM'lerinde birden fazla hekimin görev alıyor olması hizmet sürekliliği açısından büyük bir avantajdır. Hastalanan veya izin kullanan bir hekime kayıtlı olan hastalar aynı ASM'deki diğer hekimleri de tanır ve daha rahat hizmet alır (5).

Hastalar acil durumlarda kendisine yakın olan ve kaydının bulunmadığı aile hekimine gidip ücretsiz olarak sağlık hizmeti alabilir veya hastanın sevki sağlanabilir (135).

Mesai saatleri dışında ve resmi tatillerde hizmet sürekliliği, icapçı veya aktif nöbet uygulamalarıyla devam ettirilir. Ayrıca herhangi olağanüstü durum ve hallerde aile hekimleriyle birlikte aile sağlığı elemanları da hizmet vermeye devam edecektir (12).

4.3.3.10. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Aile hekimliğinde başarılı bir kapı tutuculuk görevi için etkili bir sevk sisteminin varlığı gerekmektedir. Bundan dolayı aile hekimi hastalarının bir üst basamağa ihtiyacı olup olmadığına karar vererek hastaya verilecek her türlü sağlık hizmetini izler ve koordinasyonun sağlanmasında rol alır. Aile hekiminin hastaya diğer sağlık hizmetlerinden yararlanırken rehberlik etmesi; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir bağ ve denge kurulmasını kolaylaştırır ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmaları ve gereksiz kullanımları engeller (65).

Aile hekimleri ikinci ve üçüncü basamakta hastaya verilen sağlık hizmetini geri bildirim yoluyla izler. Sevk edilen veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine

kendi isteğiyle doğrudan gelen hastaların aldıkları sağlık hizmetleri, kendi aile hekimlerine elektronik ortamda bildirilmesi sağlanır (58).

1978 Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık problemlerinin %85-90'ı birinci basamakta çözülebilir nitelikte olup, sevk oranlarının %20'nin üzerine çıkmaması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından sevk oranları denetlenerek, aile hekimleri uyarılır ve eğitim verilir. Eğer sevk oranları değişmiyorsa aile hekimleri belirlenir ve belirli oranlarda maaşlarından kesinti yapılır (5), (138).

Sevk zincirine girmek istemeyen hastalar için caydırıcı olmasını sağlamak adına Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca belirlenen katkı payı alınması uygun görülmüştür. Bu uygulamayla, ikinci basamak sağlık kuruluşlarının hastalara güzel gösterilmesi engellenecektir (5), (139).

Aile hekiminin kendisine kayıtlı olan hastaların kişisel sağlık dosyalarını tutma yükümlülüğü vardır. Aile hekimi sağlık hizmetlerinin kullanımından sorumlu hekim olarak, hastaların diğer sağlık kuruluşuna olan ihtiyaçları konusunda karar verecek ve bu doğrultuda gerekiyorsa hastaya sevk formu düzenleyecek olan kişidir. Sevk sonrası verilen hizmetleri aile hekimi geri bildirim yoluyla takip etmektedir (134).

2008 yılında ilk 4 ilde (Denizli, Isparta, Gümüşhane, Bayburt) uygulanmaya başlamış olan sevk sistemi, günümüzde tüm illerde uygulanır hale gelmiştir (72).

4.3.3.11. Performans Değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin kişi yönelik sunmuş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri ele alınarak Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'e göre performans değerlendirmeleri yapılmaktadır (58).

Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanması Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olup aile hekiminin performans değerlendirmesinde bu hesaplardan faydalanılmaktadır. Aile hekiminin performans kriterleri ücretlendirmede de esas alınmaktadır (134).

4.3.3.12. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Sürekli teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık kurumlarında üretilen sağlık verilerin elde edilmesi, saklanması, gerektiğinde erişilmesi hem sağlık hizmeti alan kişiler hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından önemlidir (140). SDP ile birlikte Aile Hekimliği Uygulaması'nın sadece sunum aşamasında değil bilişim altyapısında da dönüşüme gidildi (141).

Aile Hekimliği Uygulaması'nda görev alacak olan aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının kullandığı, sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kayıtlarının tutulduğu program Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'dir (142), (140). AHBS, internet aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'nın veritabanı ile entegre bir ağın parçası olarak aile hekiminin günlük işlerini planlamasına, yapmasına ve elde ettiği bilgiyi yönetmesine yarayacak bir klinik bilgi sistemidir (141).

AHBS'nin yerine getirdiği fonksiyonlar (142);

- T.C. Kimlik Numarası ile bireyler aile hekimlerine kayıt edilir.
- Aile hekiminin sunduğu sağlık hizmeti ve verdiği bilgiler elektronik ortama kaydedilir.
- Kayıt edilen bilgiler Bakanlık Merkez Teşkilatında yer alan Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanına elektronik ortamda aktarılır ve her hastaya ait sağlık dosyası oluşturulur.
- ESK'de oluşturulan hasta dosyalarına, elektronik ortamda diğer aile hekimlerinin de yetkileri dahilinde erişmesi sağlanır.
- Aile hekimleri ile Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü ve TSM arasında karşılıklı olarak mesajlar gönderilir.
- Aile hekimleri yaşadıkları sorunları iletebilir.
- Aile hekimleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ait raporlar yapılabilir.

İnsanların bilgi alma ihtiyaçlarının artması ve teknolojinin gelişmesiyle beraber internet ve bilgisayar destekli uygulamaların oluşturulmasına zemin hazırlamıştır (143). Ülkemizde de sağlık alanında hizmet veren e-nabız uygulaması 2015 yılında

hayata geçirilmiş olup, bireylerin ve onların yetkilendirdiği sağlık sunucularının sağlıkla alakalı verilere mobil cihazlarla ulaşımını sağlayan ve e-Devlet ile entegre Ulusal Sağlık sistemi yazılımıdır (144), (145), (146), (147).

Kişisel sağlık platformu olan e-Nabız uygulaması bakanlık içi ve dışı birçok sistemle entegre ve veri alışverişini sağlayan bir yapıda tasarlanmıştır. AHBS ile de entegre olabilen e-Nabız; AHBS'lerden online olarak topladığı verileri platforma erişimini sağlamaktadır (144). E-Nabız uygulaması; tekrarlayan işlemlerin azalmasına, maliyetlerin düşmesine, halk sağlığı bilincinin yerleşmesine, hekimler arası iletişimin kuvvetlenmesine ve kronik hastalıkların uzaktan takibinin kolaylaşmasına katkı sağlamaktadır (148).

4.4. Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin temeli Amerika Birleşik Devletleri'nde 1956 yılında hemşirelik hizmetlerinde kullanılarak atılmıştır (149). Türkiye'de ise 1960'lı yıllarda hasta memnuniyetinin öneminin arttığı görülmektedir (150).

Hastalar sağlık hizmetlerinden yararlanmadan önce hizmet hakkında belirli beklentileri vardır. Hizmetleri aldıkları anda beklentilerini deneyimleriyle karşılaştırarak belirli bir algıları oluşur ve bu algı hastanın hizmetten duyduğu memnuniyeti belirler (151), (152), (153). Ayrıca hasta memnuniyeti, hastanın katlanmak zorunda olduğu külfet ve sunulan sağlık hizmetinin hastanın sosyokültürel düzeyine olan uyumuyla da alakalıdır (154), (155).

Hasta memnuniyeti genel olarak; hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algısı arasındaki fark olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren temel bir ölçüt şeklinde tanımlanır (156), (157). Beklentilerini tamamen karşılayan veya üstündeki hizmetler hasta tarafından olumlu, beklentilerin altındaki hizmetler ise olumsuz olarak değerlendirilerek hasta memnuniyeti belirlenir (34), (158), (159), (160).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti; sunulan hizmetin hastalar tarafından algılanma düzeyi ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığını öğrenmek açısından oldukça önem taşımaktadır. Hasta memnuniyeti bir süreç olarak ele alınmakta ve süreç boyunca farklı hastalarca veya aynı hasta tarafından farklı zamanlarda memnuniyet

düzeyleri değişkenlik göstermektedir (156), (161). Bunun nedeni; sağlıklı bireylerle kıyasladığımızda hasta bireylerin yararlandıkları sağlık hizmetlerini olumlu ya da olumsuz olarak algılama durumları daha fazla değişiklik göstermektedir ve dolayısıyla algılarındaki değişiklik memnuniyetlerini de önemli ölçüde etkilemektedir (162).

Hasta memnuniyeti tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi aile hekimliği hizmetlerinde de oldukça önemlidir. Aile hekimliği hastayı ve hastanın bulunduğu çevreyi göz önünde bulunduran bir uygulamadır. Hastanın beklentilerini ve ihtiyaçlarına önem vermek dolayısıyla bireyi memnun edecektir (12). Hastanın aile hekiminden memnun olması, hekime güvenerek ve kendini rahat hissederek geçmişte ve günümüzde yaşadığı sağlık sorunlarını tamamen şeffaf olarak anlatmasını sağlayacaktır. Aynı zamanda aile hekiminin kendisine en uygun gördüğü sağlık hizmetini alarak tedavi sürecinde de hekimine duyduğu güvenle tüm önerilerine uyacak ve sağlık sorununda da olumlu yönde iyileşme görülecektir (14), (15), (163), (154).

Hasta memnuniyet sonuçlarına bakılarak ASM binası ve sağlık çalışanları kendilerini değerlendirme fırsatı bulabileceklerdir. Düzeltilmesi gereken zayıf yönler açık bir şekilde ortaya çıkacaktır. Zayıf yönlerin dışında üstün olunan yönlerin görülmesi sağlanacak ve aile hekimleri başta olmak üzere tüm ASM çalışanlarının motivasyonu artacaktır (164).

Hasta memnuniyetini sağlamanın yanı sıra memnuniyette sürekliliği sağlamakta gerekir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları tarafından hasta memnuniyetleri anket yardımıyla belirli aralıklarla ölçülmelidir. Anket sonuçlarına göre geliştirilmesi gerekilen yönler sağlık hizmeti sunucuları tarafından dikkate alınarak hastaların beklentilerini karşılayacak biçime getirilmelidir (165), (166), (167).

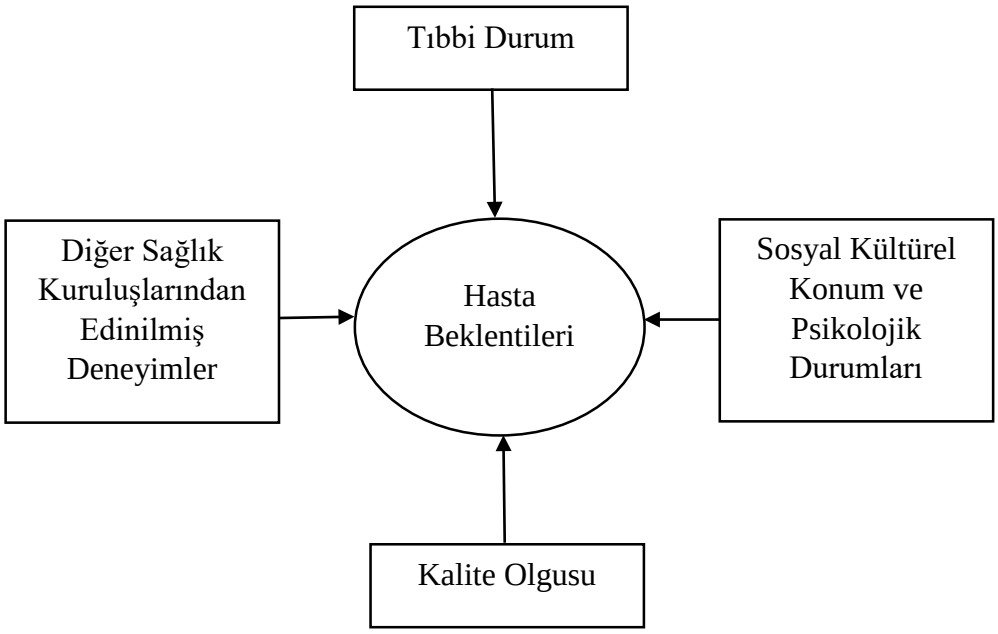
4.4.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetine birden fazla faktör etki etmektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, sağlık hizmetlerinden beklentileri ve algıları gibi faktörler kişiden kişiye farklılık göstermekte olup hasta memnuniyetini belirlemektedir. Hastaya bağlı faktörler dışında hizmeti veren personel ve fiziki koşullar da hasta memnuniyetinde önemli bir yere sahiptir. (164), (168), (169). Hastaların ilk basamak olan aile hekimlerini tercih etmeleri tüm bu faktörlerden memnun olmalarına bağlıdır.

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler;

4.4.1.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Hastaların beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum, yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyokültürel (sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri) özellikleri bulunur ve bu özelliklere göre hasta memnuniyeti şekillenir (170). Hastalar daha önce aldıkları sağlık hizmetlerinden edinmiş oldukları deneyimler doğrultusunda belirli beklentilere sahiptirler (171). Sunulan sağlık hizmetleri algılamaları beklentileriyle uyuştuğu sürece hasta memnuniyeti sağlanacaktır. Beklentiler ve algılara her hastanın sahip olduğu demografik, kültürel ve ekonomik özelliklerine göre değişmektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, mesleği, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, dili, dini, ırkı, yaşam tarzı gibi özellikler hastanın beklentilerini ve algılarını değiştirmektedir. Ancak bu özelliklere göre memnuniyet artmakta veya azalmakta gibi bir durum söz konusu değildir (34, 156). Hastaların beklentileri tıbbi durumlarına göre de farklılık göstermektedir. Hastanın oluşan sağlık sorunu algılama düzeyi de hastanın beklentilerini etkilemektedir (171), (172).



Şekil 4.4.1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler (173)

4.4.1.2. Hizmet Sunanlara İlişkin Faktörler

Hekim başta olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunanların hastalara gösterdikleri ilgi, anlayış, tebessüm, saygılı olma gibi davranışlar tıbbi bilgi birikimle birleşince hastaların sağlık sorununu daha rahat anlamasına olanak sağlayarak tedaviye hastanın da katılımını arttırır (174). Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hasta ve birbirleriyle olan ilişkisi ne kadar iyi ve kuvvetliyse hasta memnuniyeti de o kadar iyi olacaktır. İletişimi iyi olan bir hekimin hastasını düzgün bir şekilde bilgilendirmesi hastada güven duygusu yaratarak memnuniyeti daha da kuvvetlendirecektir. (175), (156).

Hasta-Hekim İlişkisi:

Hastaların ilk başvurdukları sağlık hizmeti olan aile hekimliğinde hekim ve hasta ilişkisi oldukça önemlidir. Aile hekimi ve hasta arasındaki özgün görüşme süreci; sürekli olarak kurulan etkili iletişime dayanır. Aile hekiminin iletişim becerileriyle birlikte hastayla her görüşmede iletişim daha da pekişerek aynı anda farklı hastalıklar arasında bağlantı kurabilir. Böylelikle hastalık açısından olumlu bir iyileşme sürecine geçilmesini sağlar (1), (2).

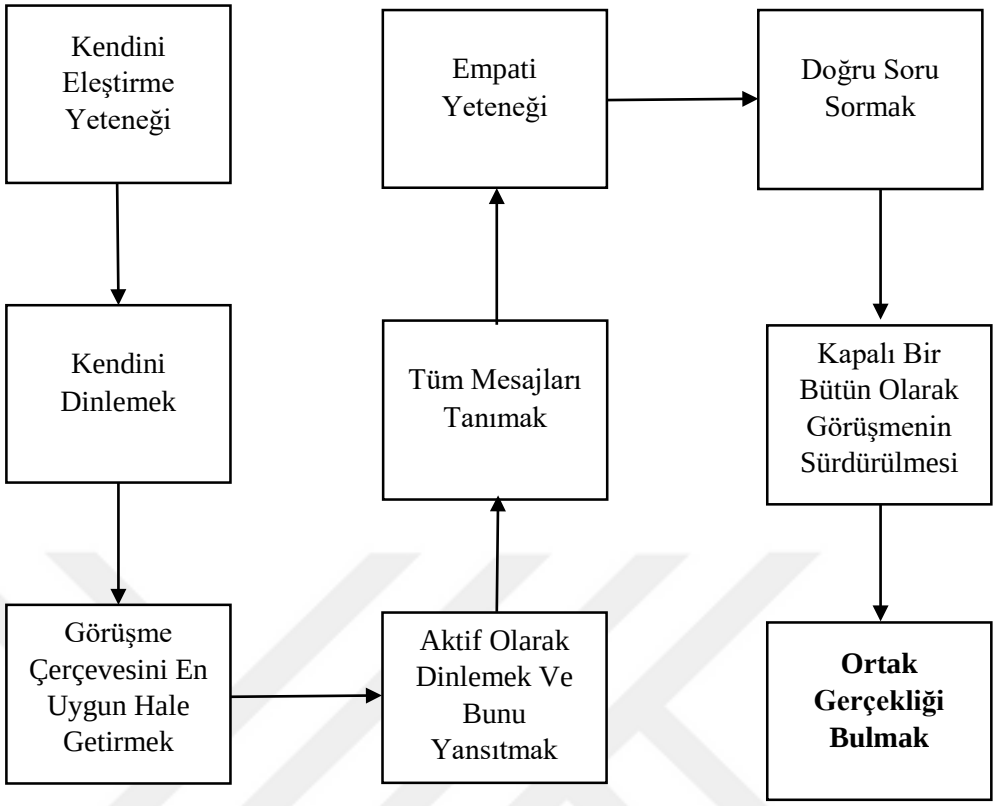
Hekim-hasta ilişkisinde hekim merkezli tıp ve hasta merkezli tıp olmak üzere iki paradigma vardır. Hekim merkezli tıp; tanı ve tedavi sürecinde hekim, aktif rol oynayan kişidir. Hekim, tıp bilgisine dayanarak bütün kararları verir ve hastasından da kararlara uymasını bekler. Hasta tamamen pasif bir konumdadır. Hasta merkezli tıpta ise; hekimin görevi sadece "hastalığı" tedavi etmek değil, "hastayı" tedavi etmektir. Bunun bilinciyle hekim, hastalığın ne olduğuna dair cevap ararken bir yandan da hastanın hastalığını nasıl algıladığı ve gerçekte nasıl algılaması gerektiği konusunda hastaya destek olur. Hastaya yeterli süreyi vererek sorularını rahatça sormasını sağlar. Hekim hasta yerine karar vermez, hastasının en doğru kararı verebilmesi için hastalıkla ilgili tüm bilgileri hastasına sunar (176).

Hekim, hastanın sağlık sorununu anlamak amacıyla tıbbi özgeçmişini almaya başlamasıyla iletişim anlamında ilk adım atmış olur (177). Tıbbi sorgulama, hastayla başarılı bir şekilde diyalog kurulmasını beraberinde getirir (178). Hekimin farklı yaş aralığından, farklı cinsiyetlerden, farklı sosyokültürel ve ekonomik seviyeler gibi her

yönden farklı olan birçok bireyle güçlü bir iletişim kurabilme yeteneğinin olması mesleğini etkin olarak icra etmesine destek olur (179), (178).

Hekim-hasta ilişkisi, eşit olmayan konumlardaki kişiler arasında gerçekleştiği için kişilerarası ilişki türlerinden en karmaşık olanıdır. Kişiler sağlık problemleri oluştuğu için hekimlerine başvururlar ve bu başvuru tam olarak gönüllü olarak değil de daha çok zorunluluk içerir (180). Sağlıkla ilgili önemli bilgiler içeren bu ilişki duygusal açıdan oldukça yüklü olup, hem hekim hem de hasta tarafından kurularak yakın bir anlaşma gerektirir (181). Hekimler, hastalarının sağlık problemini nasıl algıladıklarını bu konu hakkında ne düşündüklerini, hastalarda hekimlerin anlattıklarını anlamalıdır (182). Hekim ve hasta arasındaki iletişimin güçlü oluşu, hastanın tedavi sürecinde hekimini dinlemesini ve tedavi hakkındaki önerilere tamamen uymasını beraberinde getirerek tedavi sürecinin etkin olmasını sağlar (16).

Hekim-hasta arasındaki etkili iletişim için dokuz adım bulunmaktadır (177). Dokuz adım, hekimin kendi kendini değerlendirmesini içerir. İletişimin en önemli kısmı tarafların iletişime hazır olmasını içerir. En son adımı olan “ortak gerçekliği bulmak” dokuz adımın en zor kısmı olup, çift yönlü olarak düşüncelerin değiştirilmesi gerekir (177).



Şekil 4.4.2. Hekim-Hasta Arasındaki Etkili İletişimin Dokuz Adımı (177)

Hasta ve Diğer ASM Personeli İlişkisi:

Hemşirelik, hastalara bakım ve sağlıklarıyla ilgili eğitimler vererek sağlıklı olması için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı oluşturan, onların her zaman rahatlığına önem veren ve hastaya güvende olduğu duygusunu hissettiren bir yardım mesleğidir (183), (184).

Aile hekimliğinde hekim ve hemşire, ekibin üyeleri olarak hastalara sağlık hizmeti sunarlar. Hastalar hekimlerine çekinerek soramadıkları soruları hemşirelerine çok daha rahatlıkla sorabilirler (41). Bu nedenle hemşirelerin hastalarla iletişim kurabilme becerisine sahip olması önemli bir özelliktir. Hemşire iletişim becerisini kullanarak hastaya hastalığıyla ilgili gerekli bilgileri vermeli, hastanın duygu yüklü olduğunu anlamalı ve empati kurarak hareket etmelidir (185), (186).

Sağlık hizmetleri, ekipten oluşur ve ekibin her üyesinin hastayla olan ilişkisinin iyi olması şarttır (187). Hastaların olumsuz olarak yaşadıkları olaylarda, olumsuzluğu yaşatan kişinin bir hekim, hemşire veya hizmetli gibi diğer personelin olması fark

etmez. Dolayısıyla hekim ve hemşire dışında kalan diğer sağlık personelinden de hastayla olan iletişimde kibar, nazik ve güler yüzlü olarak görevini layığıyla yerine getirmesi beklenir (170). ASM'de sağlık hizmeti sunma sürecinin herhangi bir yerinde aksamanın veya düzensizliğin olması hastalar tarafından olumsuz olarak değerlendirilir ve bu olumsuzluğu hastalar tüm çalışanlara genelleyerek hasta memnuniyetinin kötü etkilenmesine neden olur (188).

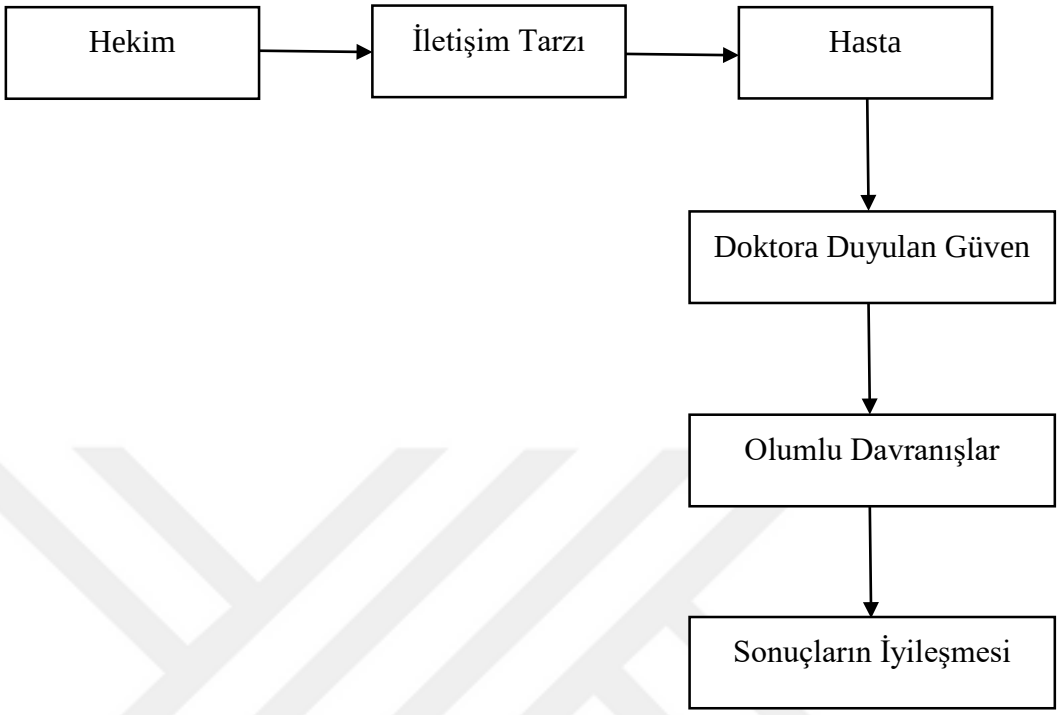
Bilgilendirilme:

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer aldığına istinaden; bilgilendirilme temel hasta haklarından biridir ve hekimlerin hastalarını bilgilendirme zorunluluğu vardır. Bilgilendirilme hakkına göre; hastalar sağlık durumlarıyla ilgili, kendilerine uygulanacak her türlü tıbbi işlemler ile uygulanınca hasta üzerindeki yararları ve zararları, hastaya uygulanabilecek tedavi çeşitleri, hastanın tedaviyi reddetmesi sonucunda hastalığın tehlikesi gibi konularda hastalar hekimlerinden bilgi isteyebilir (22), (189).

Hekimler tıbbi bilgiye sahipken hastalar tıbbi bilgiye sahip değildir. Bu nedenle aralarında kapatılması zor olan bir bilgi asimetrisi vardır (176). Hekimlerin, hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, zorlu bir süreç olan sağlık sorununu kabullenip anlayışla karşılamalarına yardımcı olur. Hastalar, hastalığına neden olabilecek faktörleri, onu nasıl bir sürecin beklediğini, hastalıkla alakalı tedavi çeşitlerinin bunların hangisinin kendisine daha iyi geleceğini merak ederek sürekli olarak sorgular (190).

Hekim veya diğer sağlık personelinin hastayı bilgilendirirken sürekli telkin edici davranmaları gerekir. Hastaların tıp eğitimini almadıklarını göz önünde bulundurarak daha sade ve anlaşılır biçimde durumu izah etmelidirler. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte hastalar sadece sağlık personelinden değil internetten araştırarak hastalıklarıyla ilgili doğru veya yanlış bir sürü bilgi edinirler ve daha da telaşlanırlar. Bu nedenle sağlık personeli empati kurarak bu telaşı iyi yönetmeli ve hastanın aklındaki tüm soru işaretlerini bilgilendirme yoluyla gidermelidir. Hastalar nazik, şefkatli ve anlayışlı bir biçimde yeterince bilgilendirilince, tedaviye tam olarak uydukları ve memnuniyet derecelerinin arttığı gözlenir (191), (192).

Güven:



Şekil 4.4.3. Hekim-Hasta İletişimi, Güven ve Sonuçlar Arasındaki İlişkiyi Açıklayan Bir Kavramsal Model (193), (194)

Güven, duygular ile bağlantılı olduğu için kişilerin motivasyonu ve davranış niyeti olarak tanımlanabilir. Hastalarda güven duygusunun oluşumunda hekimlerin tıbbi bilgi ve becerileri yeterli olmamaktadır (195). Tıbbi bilgi ve becerilerin yanında hekimin iletişiminin güçlü olması gerekir (196), (193). Hastanın hekime güven duyması çok önemlidir. Güven duygusu sayesinde hasta motivasyonu sağlanacak, hasta hekiminin önerilerine önem vererek tedaviyle ilgili daha istekli olacaktır (197), (198), (199).

Hastanın hekimine olan güven duygusu hasta haklarından biri olan mahremiyete saygı gösterilmesiyle daha da kuvvetlenir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde var olan ve büyük özen gerektiren mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı, "hastanın sağlık durumuyla ilgili tüm tıbbi işlemleri gizlilik içerisinde yürütülmesini ve tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını" gerektirir (22).

Hastanın mahremiyetine saygı duyduğundan emin olan bir hastanın hekimine güvenmesi kaçınılmazdır.

Hastaların hekimlerine güvenlerini sarsan bazı etkenler vardır. Bu etkenler; sağlık profesyonelinin dış görünümündeki özensizlik, konuşma sırasındaki ciddiyetsizlik, davranışlarındaki samimiyetsizlik, bilgi düzeyindeki veya bilgilendirmedeki yetersizlik, ses tonu ve beden dilindeki rahatsız ediciliktir (200).

Hastanın hekimine güvendiği kadar hekiminde hastaya güvenmesi gerekir. Bu nedenle hasta geçmişteki sağlık problemlerini eksiksiz ve doğru bir şekilde hekimine anlatmalıdır. Hekimine karşı her zaman saygılı, nazik ve samimi konuşmalıdır.

4.4.1.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Hasta memnuniyetine etki eden çevresel ya da kurumsal faktörler; ulaşılabilirlik, aydınlatma, ısı, havalandırma, gürültü, temizlik, sağlık hizmeti sunulan binanın dış görünümü, bürokrasi ve ücret gibi faktörlerdir (201), (202), (203), (163).

Aile hekimliği kendine bağlı olan kişilere yakın yerlerde konumlandırılmış olduğundan ulaşılabilirliği rahat olmaktadır. Hastalar ASM'ye geldiklerinde ilk olarak binanın dış görünümüne bakarlar, görüntüsü eski ve bakımsız binalar hastaların hizmet alırken önyargılı davranmalarına neden olur. ASM'ye girdiklerinde ise bekledikleri yerin temiz olması, ısısının ne çok sıcak ne de çok soğuk olmayıp normal olması ve gürültü çıkartıcı faktörler varsa bunların önlenmesi gerekir (204). Faktörlerin iyi olması hastanın hekim karşısına çıktığında sakin, nazik, iletişime açık olmasını sağlar. Tüm bu faktörler haricinde hasta memnuniyeti üzerinde çok önemli olan kurumsal faktörler şunlardır;

Bürokratik İşlemler:

Hastaların, aile hekimliğinde karşılaştıkları bürokratik süreçler; "randevu, muayene, laboratuvar tetkikleri, tetkik sonuçlarının hekim tarafından değerlendirilmesi, e-reçetenin (elektronik reçetenin) onaylanması gibi süreçlerdir" (205).

Aile hekimliğinde randevu, internet üzerinden mhrs.gov.tr adresinden giriş yaparak ya da 182 çağrı merkezi üzerinden alınır (206). Hastalar telefondan randevu alırken yoğunluktan kaynaklı olarak beklemek zorunda kalabilirler. Bu bekleyişin fazla uzun

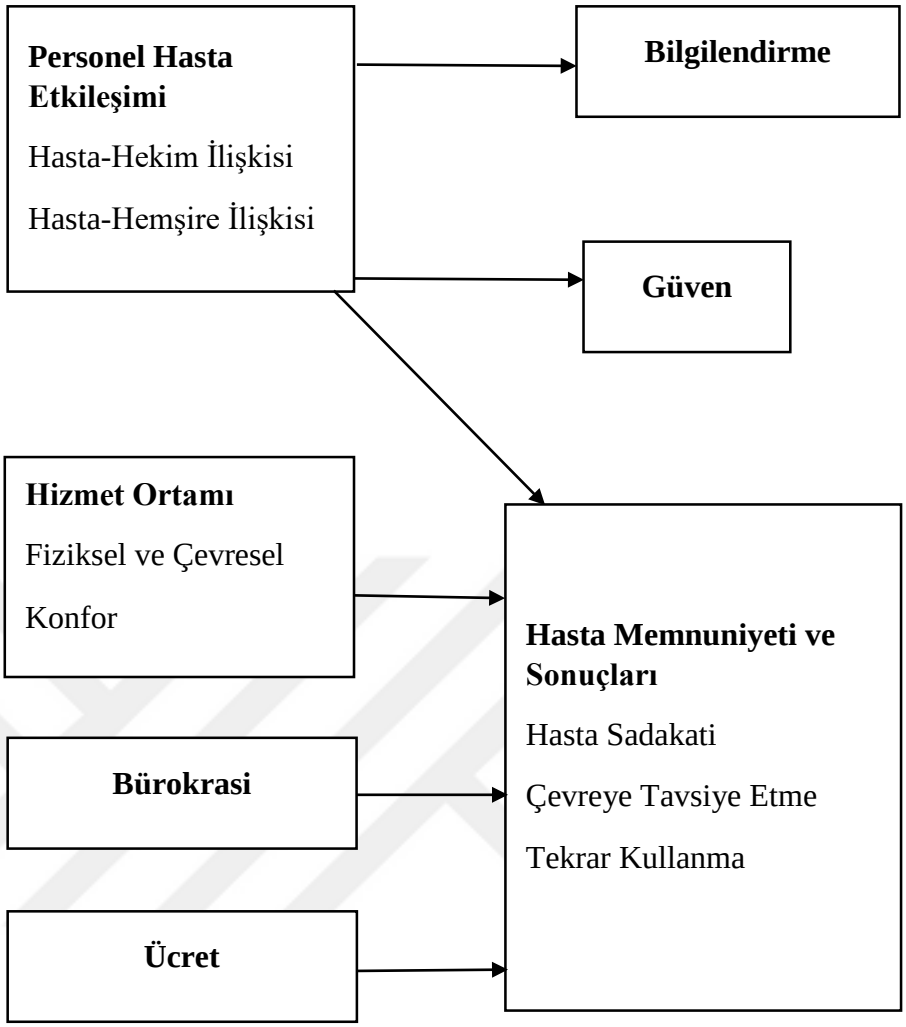
sürmesi hasta memnuniyetini kötü olarak etkileyebilir. Telefonda hastaya sıra geldiğinde ilgilenecek olan sağlık personelinin "yoğunluktan dolayı özür dileriz" gibi bir sözü hastanın memnuniyetini arttıracaktır.

Muayene sürecinde ise hekimin hasta şikayetini sisteme girmesi uzun olabilmekte ve bu durum hastanın sıkılmasına yol açmaktadır. Hekim, güler yüzü ve şefkatli davranışlarıyla hastayı anladığını, ona yardım etmek istediğini belli ederek hastanın sıkılmasını önleyebilir. Sistemin ağır olduğu veya sorunun olduğu durumlarda ise hastanın sorularını cevaplayarak, hastaya göre aslında kötü olan bir durumu iyi bir duruma çevirebilir.

Dolayısıyla hastalar tüm bu süreçlerde geçen zamana ve sürecin etkinliğine önem verirler. Gereğinden fazla uzayan süreçleri hastalar zaman kaybı olarak algılarlar. Süreçlerin kısa sürede veya herhangi bir olumsuzluk olmadan ilerlemesi hastanın memnuniyetini arttırır (207), (208).

Ücret:

Sağlık hizmetlerinin ücretleri hasta memnuniyetine etki eden bir diğer faktördür (209). Herhangi bir sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar tarafından ücret faktörü sağlık hizmetlerini tercih etmelerindeki en önemli faktör olmaktadır (34). Aile hekimliğinde sağlık hizmetlerinin sunulması ücretsiz olması her kesime hitap ederek ve tercih edilmesini sağlar (204).



Şekil 4.4.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (34)

4.4.2. Hasta Memnuniyetini Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi; hastaların devamlı olarak farklılık gösteren sağlık ihtiyaçları ve beklentilerinin hizmet sunucuları tarafından öğrenilmesini ve sağlık hizmetlerinin sürekli olarak iyileştirilerek geliştirilmeni sağlar (210). Hasta memnuniyetini öğrenmenin en iyi yolu hastalar ile görüşme olmakla birlikte görüşmenin yanı sıra farklı yöntemlerde kullanılabilir (211). Ölçme ve değerlendirme aşamasında kullanılan yöntemlerin sadece birini kullanmak yerine birbirini tamamlayan ve farklı verileri elde etmeyi sağlayacak nitelikte hazırlamak, yöntemlerin dezavantajlarını avantaja dönüştürerek veri kaynağının kapsamlı olmasını sağlar (212), (12).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek amacıyla hasta memnuniyeti üç şekilde ölçülür;

- Genel hasta memnuniyetinin ölçümü,
- Sağlık hizmetleri çalışanları tarafından önemli görülen hizmetlerin hastalar tarafından algılanmasının ölçümü,
- Sağlık hizmetleri çalışanları tarafından önemli görülen hizmetlerin performansının ölçümü (213), (214).

Yapılacak olan hasta memnuniyeti ölçümünün: "amaçlara uygun hazırlanmış olması, çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması, kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması, sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması" gerekir (170).

Hasta memnuniyetinin yöntemini belirlerken: "ne tür veri toplanacak? veri toplamasına kimler katılacak? veri ne zaman, nerede ve nasıl toplanacak? ne tür veriye ihtiyacımız var? bu veriye neden ihtiyacımız var? halihazırda ne tür verimiz var ve ne tür verileri elde etmeliyiz?" sorularına cevap aranmalıdır (170).

Hasta memnuniyetini ölçme ve değerlendirme çalışmalarında kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) olarak iki veri türü vardır (34), (216).

4.4.2.1. Niteliksel (Kalitatif)Yöntemler

Hasta memnuniyeti yöntemlerinde kalitatif verilere; yönetsel gözlemler, personel geri bildirimleri, çalışma ekipleri, odak grup görüşmeleri, yorum kartları, standartlaştırılmış hasta yöntemi gibi yöntemlerle erişilir (34), (215). Kalitatif veri sağlayan yöntemlerde hasta ile iletişim veya herhangi bir etkileşim olanağı bulunur. Hastalar kendilerini en iyi şekilde ifade etme fırsatı buldukları için bireysel farklılıklar yönetim tarafından daha iyi anlaşılır. Bu nedenle hasta memnuniyetiyle alakalı geniş bir bilgi kaynağı sağlanır (216), (217).

Yönetsel Gözlemler:

Yöntemlerin arasında en sade ve en ekonomik yöntem olan yönetsel gözlem yönteminde yöneticiler; çalışanların hastalarla olan ilişkilerini gözlemleyerek, ilişkinin kalitesi hakkında tam olarak bir sonuca varırlar (204). En önemli avantajı;

yöneticiler, kurumun yapısı, işleyişi, amaçları ve hastaların kurumdan beklentileriyle ilgili geniş bir bilgiye sahip olarak hangi süreçlerin tamamen değiştirileceği veya iyileştirileceği hakkında bir karara varırlar (215).

Yönetsel gözlemler yönteminin dezavantajı ise; yöneticilerin olması gerektiği kadar bir gözlem yeteneğine sahip olmayabilirler ve dolayısıyla gözlemledikleri olay gerçekte yorumladıkları gibi çıkmayabilir. Çalışanlar gözlemlendiklerini anlayabilir ve davranışlarında değişiklik yaparak olayın gerçekte olduğu gibi anlaşılmasını engelleyebilir (218).

Personel Geri Bildirimleri ve Çalışma Ekipleri:

Hastalar, sağlık kurumuyla ilgili hekimlerle paylaşamadıkları durumları diğer tüm sağlık personeline anlatır. Bu nedenle sağlık personelinden, hastaların hizmet ortamının kalitesi, işlem ve süreçleri hakkında düşünceleri ve beklentileriyle ilgili geri bildirim sağlanır (205). Sağlık personeli güler yüzlü, ilgili ve nazik davranarak hastaların kendilerini daha rahat ifade etmelerini sağlayarak en doğru bilgilere ulaşmalıdır.

Personel geri bildirim yönteminin grupça uygulanmış hali çalışma ekipleri yöntemidir. Personel geri bildirim yönteminden farkı; grubun resmi olarak oluşturulup, sorunların sağlık hizmetinin her alanı düşünülerek çözülmesini amaçlar (204).

Odak Grup Görüşmeleri:

Odak grup görüşmeleri yöntemi sağlığın bulunduğu her alandaki araştırmalarda sıklıkla kullanılır ve bu yöntemden elde edilen tüm veriler yüz yüze görüşmeler ve anketler için bir dayanak kaynağıdır (219). Amacı; hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili tüm düşünceleri, deneyimleri, algıları, ilgileri, tutum ve davranışlarını öğrenmektir (220), (219), (221), (222), (223), (224).

Odak grup görüşmesi yöntemi ekonomik olmasının yanı sıra kolayca uygulanan bir tekniktir. ASM'den yakın zamanlarda hizmet alan hastalardan seçilerek görüşmeye davet edilir. 8-12 kişilik küçük bir hasta grubu, uygun bir yerde toplanarak ve grup yöneticisinin yönlendirmesiyle aile hekimliğinin sunduğu hizmetler hakkında düşüncelerini açıklayarak tartışırlar. Bu yöntem sayesinde hastalardan farklı bilgiler elde edilmiş olur (225), (223), (226), (227), (170).

Bu yöntemin dezavantajı ise; hastalar birbirlerinden etkilenebilir ve objektif bilgi elde edilmesini önler. Toplanılan yerin fiziksel özellikleri, hastaların birbirleriyle olan iletişimi ve grup yöneticisinin hastalara karşı olan davranışları yöntemi etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlerden herhangi birinin olumsuz olması hastayı olumsuz etkileyebilir ve hasta düşüncelerini tam olarak belirtmez (212).

Yorum Kartları:

Yorum kartları, hastaların gönüllü olarak cevaplamasıyla oluşur. Hastalar hiçbir etki altında kalmadan aldıkları sağlık hizmetiyle alakalı tüm görüşlerini belirtir. Memnun olan hastalar teşekkürlerini sunma fırsatı bulurken memnun olmayan hastalar ise memnun olmadıkları noktaları açık bir şekilde belirtir. Bu nedenle hastaların sağlık hizmeti deneyimleri hakkında tam bir bilgi kaynağıdır. Ancak yorum kartları istatistiksel olarak güvenilir bir veri kaynağı değildir (212), (218).

Standart (Simüle) Hasta Yöntemi:

Standart hasta yöntemi ilk kez tıp öğrencilerinin eğitimi için 1964 yılında Howard Barrows tarafından öne atılarak kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise 2004 yılında eğitim alanında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kullanılmıştır (228).

Barrows'a göre standart hasta: "sağlık çalışanlarının, eğitimi, sınanması veya iletişim/muayene beceri uygulamaları için bir hasta senaryosunu veya kendi öykü ve fizik muayene bulgularını sunmak üzere eğitilmiş kişidir" (229).

Standart hastalar; hekimin uzmanlık alanıyla alakalı tamamen veya kısmi sağlık problemi olanlardan ve herhangi bir rahatsızlıkla ilgili taklit konusunda eğitim almış kişilerden oluşur (189). Standart hastalar hekime muayene olarak, hekimin davranışları, ses tonu, beden dili ve mimiklerini gözlemler. Standart hasta ile hekim görüşmesi kamera yardımıyla kayıt edilebilir ve böylece hekime kendini izleyip öz değerlendirme yapma şansı doğar (230), (231).

Standart hasta yöntemi; birçok uzmanlık dalına göre çeşitlendirilebilmesi, özel hastalık gruplarının ve bazı zor olan durumlarında rahatlıkla gerçekleştirilebilmesi, her an kullanılabilir olması, birçok yönden zaman kazandırması ve hastanın gözünden direkt bir geribildirim olması açısından avantajlıdır (232).

4.4.2.2. Niceliksel (Kantitatif) Yöntemler

Hasta memnuniyeti yöntemlerinde kantitatif verilere; anket yöntemi, posta (mektup) araştırmaları, telefon araştırmaları gibi yöntemlerle erişilir (34), (215). Kantitatif veri sağlayan yöntemler; belirli standartlar dahilinde yapılır ve kontrol imkanı sağlar, tamamen objektiftir, geçerlik ve güvenirliği test edilebildiği için istatistiksel olarak bir değeri bulunur (217).

Anket Yöntemi:

Yöntemler arasında en fazla tercih edilen kantitatif (istatistiksel-sayısal) yöntem anket yöntemidir (12). En önemli avantajı; kolay uygulanabilmesi, maliyetinin düşük olması, geçerlilik ve güvenilirliğinin kolay bir şekilde ölçülmesi ve kolaylıkla başka araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Ayrıca herkes anket yapabilir; eğitim düzeyi, mesleksel statüsü gibi özellikler anket yapmada bir ayrıcalık değildir. Anket geliştirilirken; hasta memnuniyetini etkileyen hizmetin nitelikleri belirlenerek, nitelikleri ölçmeye uygun sorular anlaşılır şekilde düzenlenir (189), (233). Hastalar sağlık hizmeti aldıktan sonra eğer isterlerse anketi doldurmaları istenir.

Hasta memnuniyeti için oluşturulan anketler genellikle üç temel alandaki memnuniyeti inceler. Bu alanlar (170);

- ***Altyapısal;*** sağlık hizmeti kuruluşunun fiziki, teknolojik ve insan gücü altyapısı,
- ***Süreçsel;*** sağlık hizmeti kuruluşunda verilen hizmetlerin üretim ve sunuluş süreçleri,
- ***Çıktısal;*** sağlık hizmeti kuruluşunda verilen hizmetlerin bireylere olan faydası.

Anket sonucunda veriler değerlendirilerek, sağlık hizmeti veren kuruluşun mevcut performansı, geliştirilmesi gereken yönlerin başlıca problemleri ve gerçekten iyi olan yönler belirlenmiş olur (234).

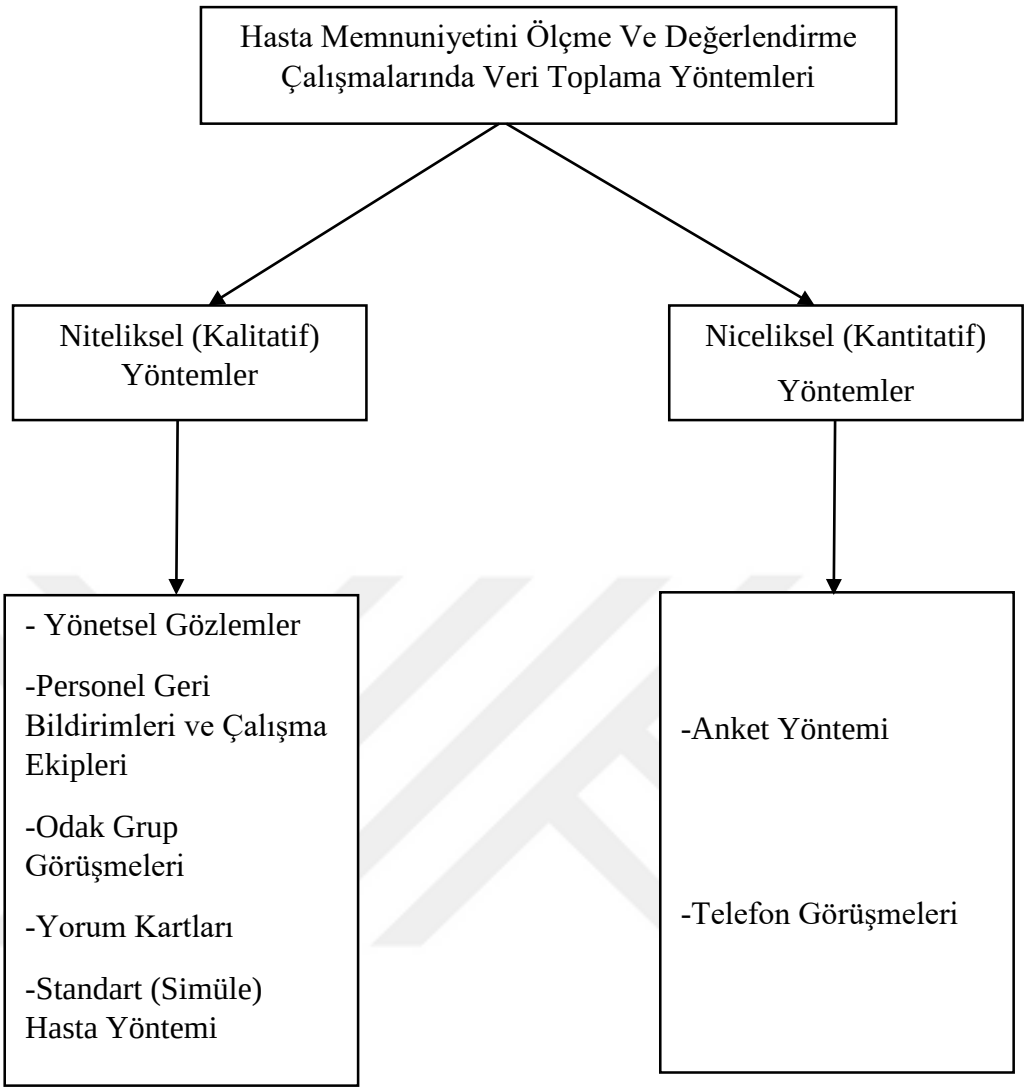
Sağlık hizmeti sunan kuruluşun yılda en az bir kez hastalarına memnuniyet anketi yapması gerekir. Bir yıl önceki memnuniyet sonuçlarıyla değerlendirme fırsatı bulunur ve yeni iyileştirme yapılması gereken konular gün yüzüne çıkar (235).

Teknolojinin gelişmesiyle beraber anketler hastalara e-posta yoluyla da iletilmektedir. Ancak bazı noktalara dikkat edilmelidir. Örneğin, anket hastalar tarafından olumlu karşılanacak biçimde tasarlanmalı, sorular herkes tarafından anlaşılabilecek tarzda ve uygun uzunlukta olmalıdır (236).

Telefon Görüşmeleri:

Bu yöntemde, hastalara hizmet aldıkları zamandan itibaren bir veya iki hafta içinde telefonla ulaşılır. Görüşme süresinin 15 dakikayı geçmeyecek şekilde olması, görüşme metninin amaca uygun olarak planlanması gerekir. Hızlı ve kolay uygulanan bir yöntemdir (236), (237).

Hızlı ve kolay olmasının yanı sıra maliyetli bir yöntemdir ve hastaların cevap verme oranı düşüktür. Soru sayısının fazla oluşu veya net olmayışı hastaların sıkılmasına ve sorulara doğru yanıt verme oranını düşürerek güvenilirliği azaltır (238). Hasta veya yakınlarının eğitim durumu görüşme seyrini etkileyen bir faktördür. Bazı hastalar bu yöntemden kendini özel hissederek memnun olurken, kendini rahatsız edilmiş gibi hisseden hastalarında olma ihtimali vardır. Ayrıca görüşme ilkelerinin belirlenerek görüşme yapan kişiye eğitim verilmesi gerekir (205).



Şekil 4.4.5. Hasta Memnuniyetini Ölçme ve Değerlendirme Çalışmalarında Veri Toplama Yöntemleri

4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık hizmetleri insan hayatıyla alakalı bir hizmet olarak; hatayı kabul etmeyen, insan hayatını olumsuz etkileme gücüne sahip olan bir alandır (239). Bu nedenle 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma fikriyle beraber kalite kavramı ortaya çıkmıştır (240). Kalitesiz olarak sunulan sağlık hizmetleri insan yaşamını olumsuz etkileme gücüne sahip olmasının yanı sıra maliyeti de oldukça yükseltir (241), (242). Sağlık hizmetlerinde kalite olgusu oldukça önemli olup, sağlık hizmeti sunucularının kaliteli hizmet vermesi kaçınılmazdır (243), (156), (207), (239).

Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi, "bakımın iyiliği konusunda yargıya varma" olarak tanımlar (244).

Sağlık hizmetlerinde kalite; bireylerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetle erişmesi, kaynakların en verimli şekliyle kullanılarak bireylere etkili biçimde sunulması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişmesinden itibaren hizmetin sunulması aşamasında ve sunulduktan sonraki memnuniyetlerinin en iyi şekilde karşılanmasıdır (173). Aynı zamanda sağlık hizmetlerini sunucularının ortaya çıkardığı yarar ve zarar dengelerinin sonucunda, sağlık sorununda beklenen maksimum iyileşme derecesi de sağlık hizmetlerinde kalitedir (245), (246), (247), (248).

Zorlutuna'ya göre ise, "uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması" dır (249).

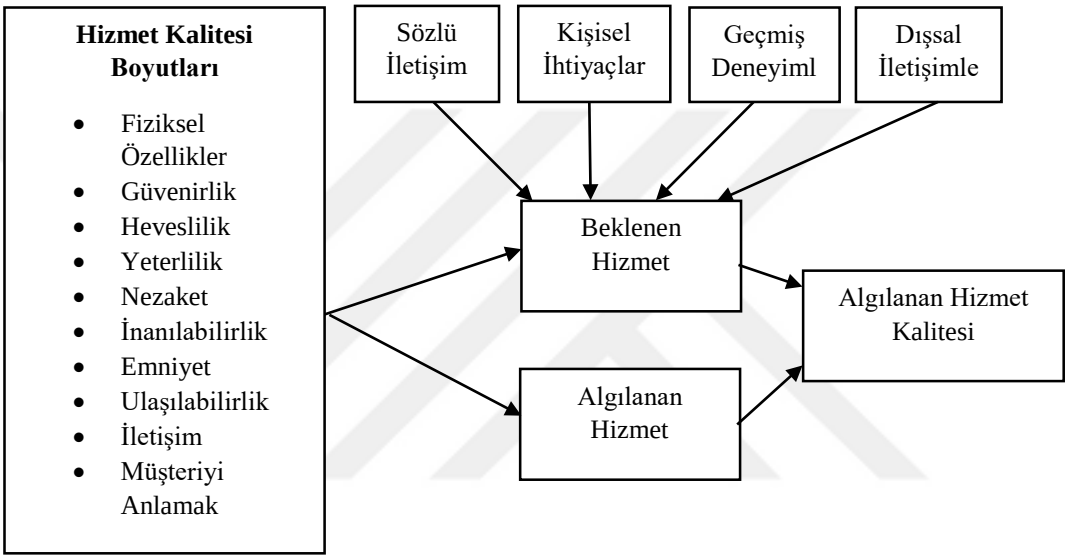
Kaliteli sağlık hizmeti sunumu aile hekimliği hizmetlerinde de oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin giriş kapısı olma özelliğinden dolayı bireyler tarafından memnuniyetle tercih edilmesi gereklidir. İletişim bireye özel bir beceri değil sonradan öğrenilebilen bir tekniktir (250), (251), (252). Hasta memnuniyetin en önemli öğesi, hekim ve hasta ilişkisi olduğundan dolayı aile hekimlerinin iletişim yeteneklerine destek verilerek daha da iyileştirilmelidir (154). Aile hekimliğinin; iletişimi güçlü, ulaşılabilir, etkili ve yüksek kalitede hizmet vermesi bireyler tarafından tercih edilmesini sağlayacaktır (253).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite ve algılanan kalite olmak üzere iki boyutu vardır;

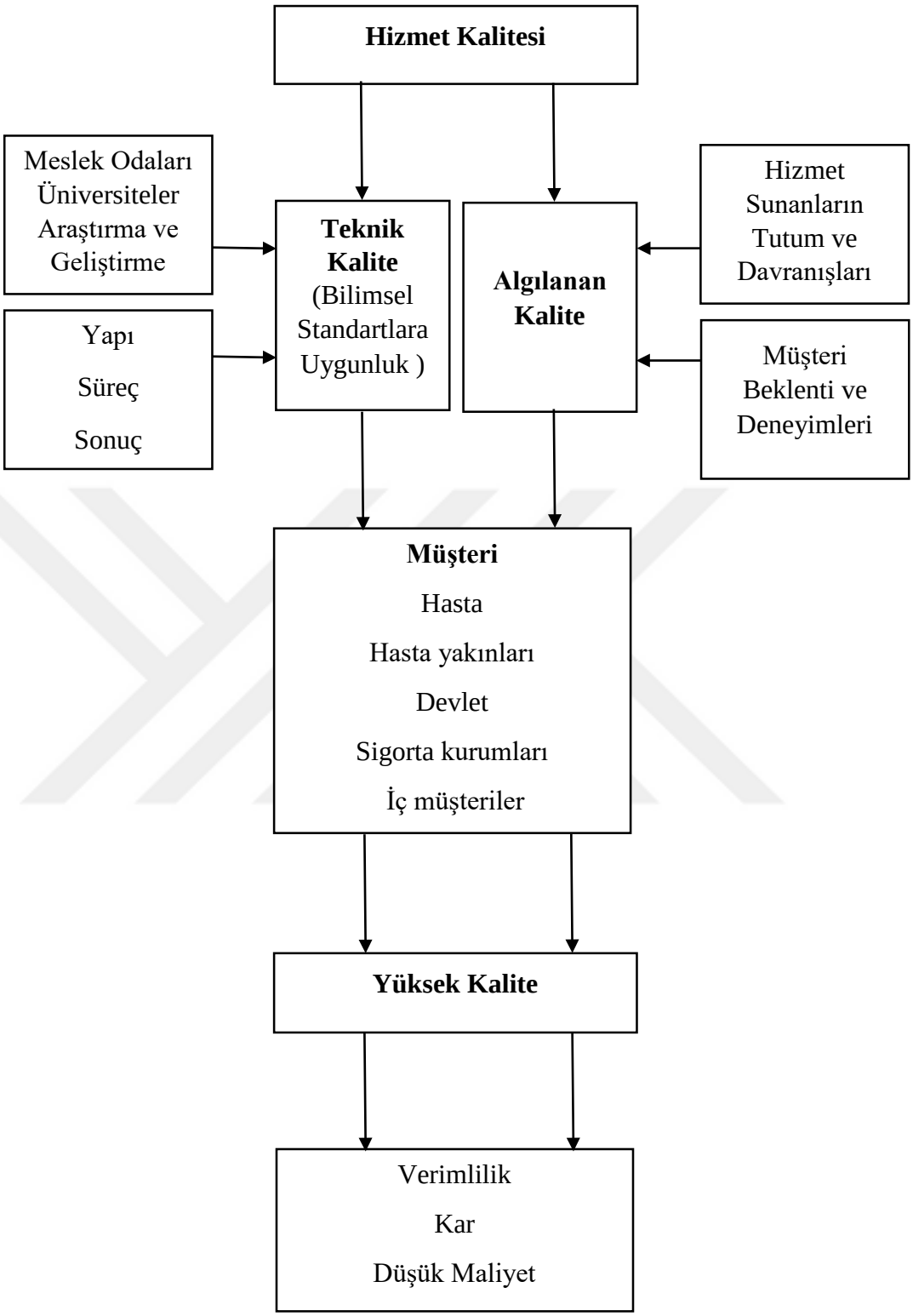
Teknik Kalite: Tıp ve diğer sağlık bilimleri alanlarında eğitim almış kişilerin bilgi ve tecrübelerinin hasta üzerinde uygulanmasının sonucudur (254). Bilimsel standartlara uygun olarak hizmet sunulur ve sağlık personelinin hastaya uyguladıkları tedavi yöntemiyle sağlık sorununun ne kadar iyileşme gösterdiğine bağlıdır (255). Sadece sağlık personelinin bakış açısına göre olup hastalar ve yakınlarının düşünceleri ve beklentileri dikkate alınmaz (256). Bu nedende sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirirken sadece teknik boyuta göre değerlendirmek yanlış olacaktır.

Algılanan Kalite: Hastalar teknik kaliteyle ilgili bir yorumda bulunamadıklarından hizmetin "nasıl" sunulduğuna dikkat ederek yorumda bulunurlar. Sağlık personeliyle

hasta arasındaki iletişimin nazik, güler yüzlü ve güçlü oluşu, hasta veya yakınlarının sağlık hizmeti aldıkları ortama yönelik düşünceleri sağlık hizmetinin kaliteli olarak algılanmasını sağlayarak kurumun kalitesini etkiler (207). Ancak hastaların veya yakınlarının sağlık hizmetinden memnun olmamaları sunulan hizmetin kalitesiz olduğu anlamına gelmez (255). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirirken hem teknik hem algılanan kaliteye önem verilmeli ve ona göre hastaya sunulması gereklidir (257).



Şekil 4.5.1. Hasta ve Yakınlarının Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi (258)



Şekil 4.5.2. Sağlık Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri (34)

4.5.1. Kalite ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Sağlık hizmeti sunan kurumlar, herhangi bir sağlık sorunu oluştuğunda hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak için oluşturulmuş yapılardır. Bu nedende sağlık hizmetlerinde güçlü bir kalitenin varlığından söz edebilmek için temelinin hasta memnuniyetine dayanması gerekir. Hasta memnuniyetinin yüksek oluşu sağlık hizmetinin kaliteli olarak sunulduğunun bir göstergesidir (259), (260), (261), (262), (208).

Hasta ve yakınları, eğitim düzeyinin ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetleri alanında daha da bilinçli hale gelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite tanımını sağlık personelinin belirttiği şekliyle hastalar kabul etmemektedir (149). Bilinçli olan hastalar, hayati önem taşıması özelliğinden dolayı sağlık hizmetlerinden "hata" kelimesinin telaffuzunu istememekte, beklenti ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan kaliteli bir sağlık hizmeti istemektedir (263), (64).

Hastaların aldıkları sağlık hizmetiyle alakalı beklentilerini etkileyen dört temel olgu bulunmaktadır:

- "Hastanın tıbbi gereksinimleri,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımı." (170).

Sağlık hizmetini sunanlar ve hizmetten yararlananlar arasındaki beklenti ve hedefler aynı olmayabilir (264). Bu nedenle hasta beklentileri ve algılanan kalite arasında fark oluşur. Hastaların beklentileri ile algılanan kalite arasında üç aşamalı bir ilişki söz konusudur (265);

Hasta Beklentileri > Algılanan Kalite; sunulan hizmetin kalitesi hasta beklentilerini karşılayamamakta ve hasta memnuniyeti sağlanamamaktadır.

Hasta Beklentileri = Algılanan Kalite; sunulan hizmetin kalitesi hasta beklentileriyle eşit olarak uyuşmakta ve hasta memnuniyeti sağlanmaktadır.

Hasta Beklentileri < Algılanan Kalite; sunulan hizmetin kalitesi hasta beklentilerinin üstündedir ve hastalara üstün düzeyde kaliteli hizmet sunulmaktadır. Hasta memnuniyeti sağlanmaktadır.

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini sağlayabilmeleri için sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekir:

- "Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi,
- Hasta hak, gereksinim, istek ve beklentilerinin karşılanması." (266).

Hastaların kişisel değerleri, inançları, tutum ve davranışları farklılık gösterdiğinden dolayı sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyette faklı olmakta ve dolayısıyla kalite algısı da hastalara göre farklılık göstermektedir. Farklılık gösteren kalite algıları ölçülerek, hastaları daha fazla memnun edecek şekilde iyileştirme yapılması, sağlık hizmeti sunan kurumun hedeflerinden biri olmalıdır (267), (12), (268).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile hekimliği hizmetlerine başvuran hastaların memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

5.2. Problem Cümlesi

Aile hekimliği hizmetlerinden duyulan memnuniyet ve memnuniyetsizlik düzeyleri ölçülerek, hastaların aile hekimlerinin iletişiminden beklentilerini ve açığa çıkan sorunları saptayarak, bölgeler ve demografik özellikler bakımından karşılaştırmalar yapmak çalışmanın temel problem cümlesidir. Hastaların aile hekimliği hizmetlerine olan memnuniyetlerini ölçerek hizmetin hangi kısımlarının geliştirilmesi gerektiğini saptamak ise ikincil problem cümlesidir.

5.3. Araştırmanın Yöntemi

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinden Haziran – Temmuz 2017 tarihleri arasında sağlık hizmeti almaya gelen hastalara, yüz yüze anket yöntemi ile veri toplanarak yapılmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nden memnuniyetlerini ölçmek amacıyla belirlenen bölgelerdeki ASM'lerden sağlık hizmeti alan hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara anket uygulanmıştır. Anketin ilk kısmı demografik özelliklerden ikinci kısmı ise EUROPEP ölçeğinden oluşmaktadır.

European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve Türkiye genelinde de hasta memnuniyetini ölçmek için kullanılmıştır. Temel amacı birinci basamak sağlık sunumunda kalite artırımı olan bu ölçek hekim ve aile sağlığı merkezi ile ilgili hastalardan geri bildirim almayı amaçlar. Hastalardan son 12 ay içerisinde en

sık başvurdukları hekimlerini ve aile sağlığı merkezi kendi kendilerine dolduracakları 23 sorudan oluşan bir ölçekle değerlendirmeleri istenir (269). 6 şıklı Likert ölçeği kullanılan ölçekte sorulardan (1- Çok kötü, 2-kötü, 3-orta, 4-iyi, 5-mükemmel, 6-uygun değil/ilgisiz) ilk 16 soru klinik davranışı, geriye kalan sorular ise hizmet organizasyonunu ölçmektedir (269, 70).

5.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinden Haziran-Temmuz 2017 tarihleri arasında sağlık hizmeti almaya gelen 18 yaş ve üstü gönüllü olan 400 hasta oluşturmuştur. Anket gerekli izinler alındıktan sonra yüz yüze yöntemle hastalara uygulanmıştır.

5.6. Güvenilirlik Analizi

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisinin test edildiği araştırmada güvenilirlik katsayı 0,98 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada da ölçeğin güvenilirliği test edilmiş olup Cronbach's Alpha katsayısı 0,946 olarak bulunmuştur. Bulunan değerle birlikte ölçeğin güvenilirliği kanıtlanmış ve 0,7 den büyük olduğu için ölçek güvenilir kabul edilmiştir.

Tablo 5.6.1. Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N of Items
0,946	23

5.7. Verilerin Analizi

Anket yöntemiyle elde edilen verilerin bilgisayar ortamında IBM SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 programına girişi sağlanmıştır. SPSS programına girilen verilere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, medyan, standart sapma ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov ve Smirnov testi ile analiz edilmiş olup verilerin karşılaştırılmasında kruskall Wallis, Mann-Whitney-U, yararlanılmıştır. Sonuçlar % 5 anlamlılık seviyesinde yorumlanmıştır.

5.8. Kısıtlılıklar

Araştırma İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinden Haziran-Temmuz 2017 tarihleri arasında sağlık hizmeti almaya gelen 18 yaş ve üstü hastalar üzerinde yapılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

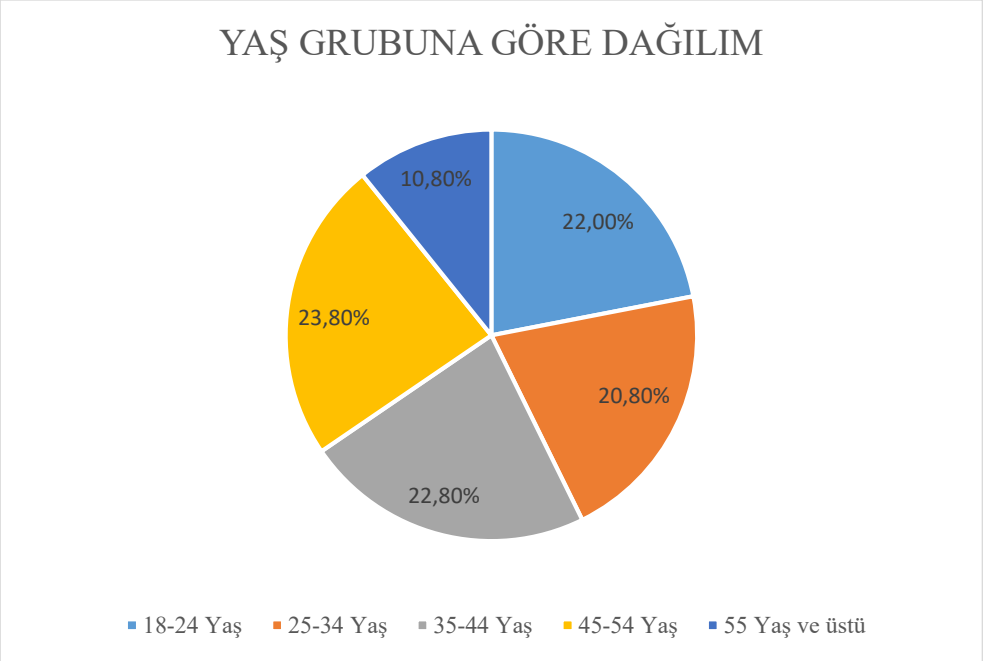
6.1.1. Demografik Özellikler

Araştırma anketlerine katılanların demografik özelliklerinin sayısal ve yüzdesel dağılımları Tablo 6.1.1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların 95'i (%23,8) 45-54 yaş aralığında, 205i (%51,3) kadın, 253'ü (%63,3) evli, 131'i (%32,8) lise mezunu, 80'i (%20) Gaziosmanpaşa'ya bağlı aile sağlığı merkezlerinden birine kayıtlıdır.

Tablo 6.1.1. Demografik Özelliklere Göre Araştırma Grubunun Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı

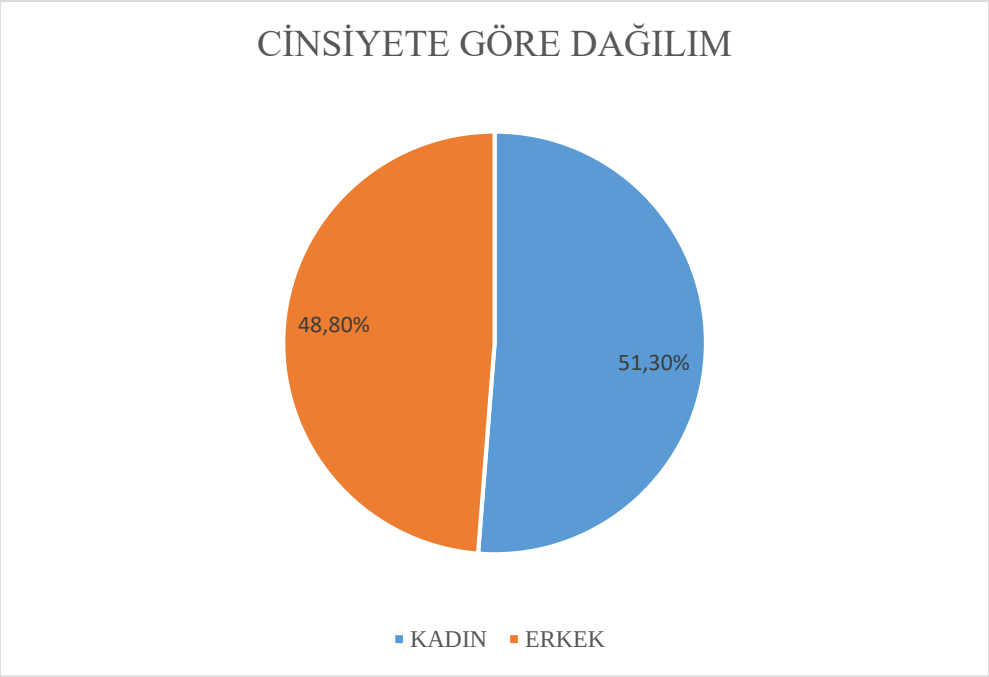
Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-24 yaş	88	22,0
25-34 yaş	83	20,8
35-44 yaş	91	22,8
45-54 yaş	95	23,8
55 yaş ve üstü	43	10,8
Cinsiyet		
Kadın	205	51,3
Erkek	195	48,8
Medeni Durum		
Bekar	147	36,8
Evli	253	63,3
Öğrenim Durumu		
İlkokul	52	13,0
Ortaokul	39	9,8
Lise	131	32,8
Ön Lisans	70	17,5
Lisans	93	23,3

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lisans üstü	15	3,8
Kayıtlı Olunan ASM		
Gaziosmanpaşa	80	20,0
Eyüp	70	17,5
Fatih	60	15,0
Beykoz	65	16,3
Üsküdar	60	15,0
Kadıköy	65	16,3



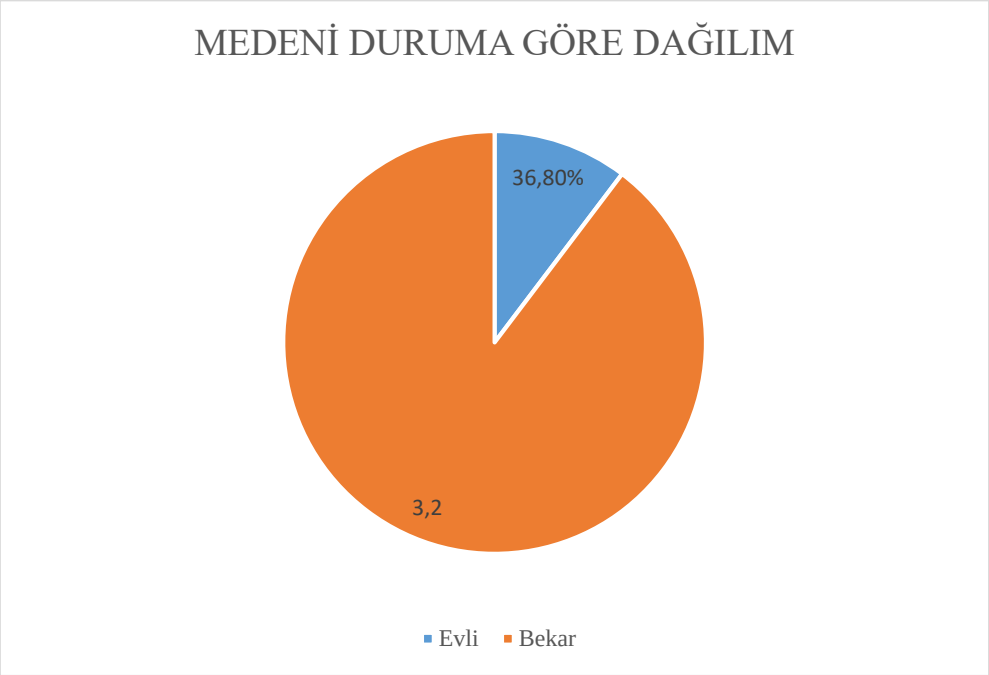
Şekil 6.1.1. Yaş Grubuna Göre Dağılım

Araştırmaya katılanların yaş grubuna göre dağılımları Şekil 6.1.1'de verilmiştir. 400 hastanın 88'i (%22) 18-24 yaş aralığında, 83'ü (%20,8) 25-34 yaş aralığında, 91'i (%22,8) 35-44 yaş aralığında, 95'i (%23,8) 45-54 yaş aralığında ve 43'ü (%10,8) 55 yaş ve üstüdür.



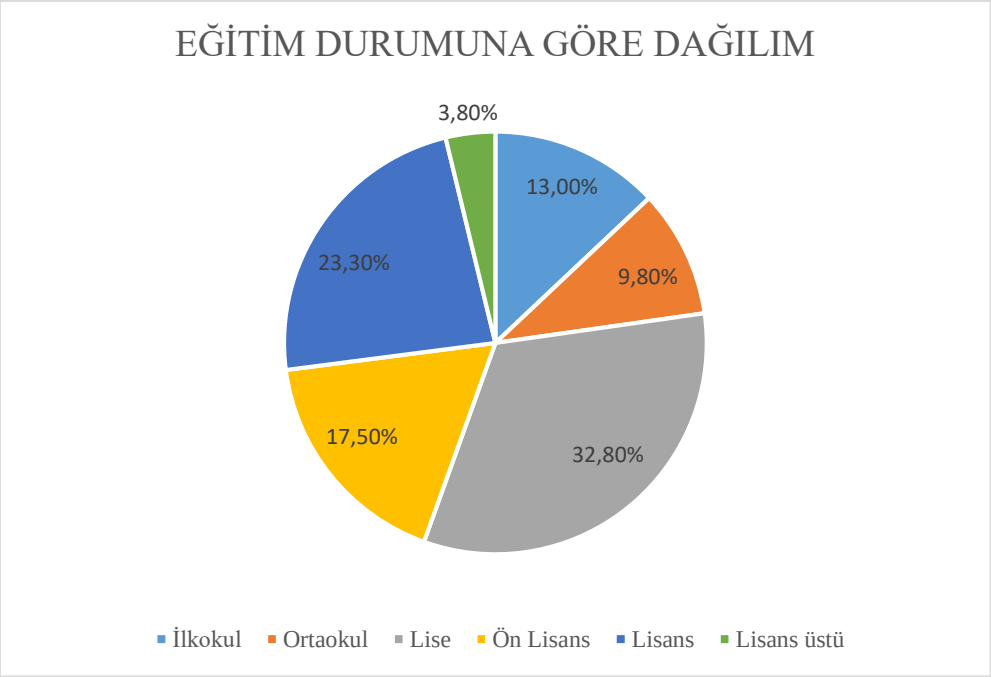
Şekil 6.1.2. Cinsiyete Göre Dağılım

Araştırmaya katılanların cinsiyetine göre dağılımları Şekil 6.1.2'de verilmiştir. 400 hastanın 205'i (%51,3) kadın, 195'i (%48,8) erkektir.



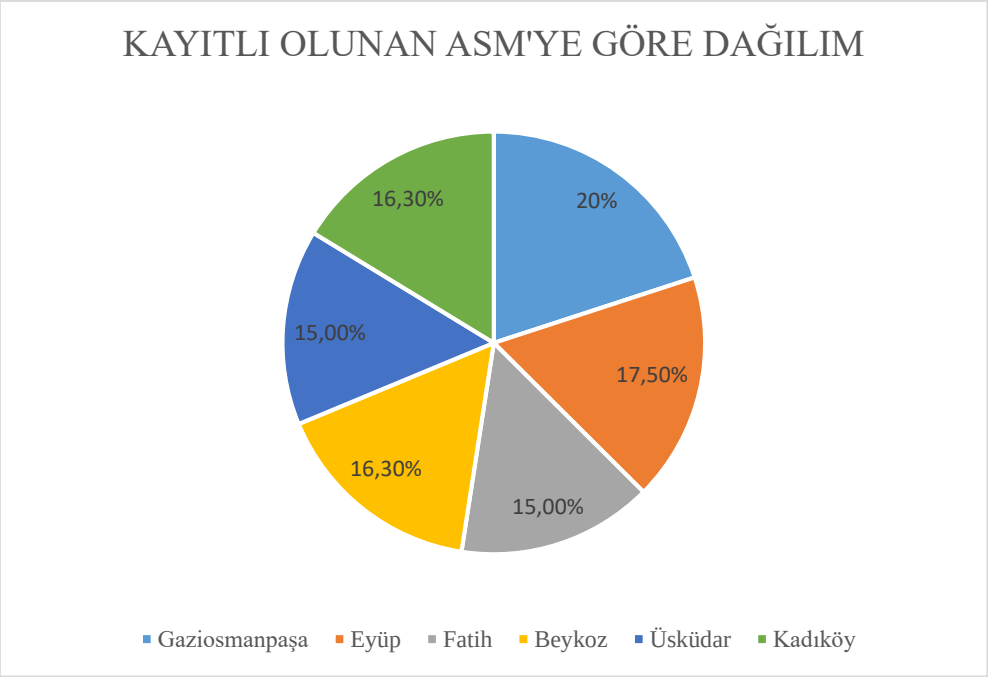
Şekil 6.1.3. Medeni Duruma Göre Dağılım

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre dağılımları Şekil 6.1.3'te verilmiştir. 400 hastanın 147'si (%36,8) bekar, 253'ü (%63,3) evlidir.



Şekil 6.1.4. Eğitim Durumuna Göre Dağılım

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre dağılımları Şekil 6.1.4'te verilmiştir. 400 hastanın eğitim durumuna bakıldığında 52'si (%13) ilkokul mezunu, 39'u (%9,8) ortaokul mezunu, 131'i (%32,8) lise mezunu, 70'i (%17,5) ön lisans mezunu, 93'ü (%23,3) lisans mezunu ve 15'i (%3,8) lisans üstü mezunudur.



Şekil 6.1.5. Kayıtlı Olunan ASM'ye Göre Dağılım

Araştırmaya katılanların kayıtlı oldukları ASM'ye göre dağılımları Şekil 6.1.5'te verilmiştir. 400 hastanın bölgelere göre dağılımına bakıldığında 80'i (%20) Gaziosmanpaşa, 70'i (%17,5) Eyüp, 60'ı (%15) Fatih, 65'i (%16,3) Beykoz, 60'ı (%15) Üsküdar ve 65'i (%16,3) Kadıköy'e bağlı aile sağlığı merkezlerinden birine kayıtlıdır.

6.1.2. Hastaların Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşleri ile İlgili Bulgular

Çalışmaya verilen cevapların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6.1.2'de gösterilmiştir. Katılımcıların en yüksek puan aldığı sorular kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması 4,14±0,85, sizi dinlemesi 3,74±0,92 ve işini tam yapması 3,70±0,91, en düşük aldığı puanlar ise doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz 3,11±1,50, bekleme odasında harcadığınız zaman 3,15±1,04 ve önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,27±1,03'dir.

Tablo 6.1.2. Çalışmaya Verilen Cevapların Tanımlayıcı İstatistikleri

Soru	n	Ortalama	Medyan	Standart Sapma
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	400	4,14	4,00	0,85
Sizi dinlemesi	400	3,74	4,00	0,92
İşini tam yapması	400	3,70	4,00	0,91
Sizi muayene etmesi	400	3,66	4,00	0,96
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	400	3,63	4,00	0,86
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	400	3,60	4,00	0,93
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	400	3,58	4,00	0,93
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	400	3,56	4,00	1,07
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	400	3,55	4,00	0,91
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	400	3,54	4,00	0,88
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	400	3,54	4,00	0,95
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	400	3,54	4,00	0,92
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	400	3,50	4,00	0,96
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	400	3,46	4,00	0,90
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	400	3,45	4,00	1,03
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	400	3,45	3,00	1,13
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	400	3,42	3,00	1,14
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	400	3,41	3,00	1,12
Doktor dışı personelin yardımı	400	3,33	3,00	1,15
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	400	3,33	3,00	1,27
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	400	3,27	3,00	1,03

Soru	n	Ortalama	Medyan	Standart Sapma
Bekleme odasında harcadığınız zaman	400	3,15	3,00	1,04
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	400	3,11	3,00	1,50

Tablo 6.1.3. Anket Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

%'ler	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	Uygun değil/ İlgisiz
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1,0	11,8	30,5	45,5	11,3	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	2,3	12,8	26,8	45,8	12,0	,5
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	,8	9,8	28,5	47,5	13,5	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	1,3	11,5	33,3	40,8	12,8	,5
Sizi dinlemesi	,8	9,8	24,3	45,8	19,0	,5
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması		3,8	14,0	51,3	26,5	4,5
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	1,3	10,5	34,0	40,5	13,5	,3
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	,8	11,8	31,3	43,0	11,5	1,8
İşini tam yapması	,5	9,8	27,8	43,3	18,5	,3
Sizi muayene etmesi	1,8	10,8	26,0	43,8	17,8	,5
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	5,5	14,5	31,8	31,5	15,5	1,3
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1,5	14,0	32,0	39,3	12,3	1,0
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	,8	12,5	28,0	44,3	13,8	,8
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	2,5	16,3	29,8	38,3	11,5	1,8

%'ler	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	Uygun değil/ İlgisiz
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1,5	12,5	34,8	41,3	9,5	,5
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	4,8	17,3	35,8	31,3	10,5	,5
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	3,0	15,8	35,3	31,5	8,5	6,0
Doktor dışı personelin yardımı	9,3	11,8	29,5	37,3	10,8	1,5
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	5,3	10,0	27,5	39,0	17,8	,5
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	8,3	17,8	27,8	31,8	8,3	6,3
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	14,5	23,8	27,0	17,3	6,3	11,3
Bekleme odasında harcadığınız zaman	7,5	16,8	38,3	28,8	8,8	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	5,5	12,8	35,5	31,5	10,3	4,5

Anket sorularına verilen cevapların dağılımları Tablo 6.1.3'te verilmiştir. Çoklu karşılaştırma sorularında uygun değil/ilgisiz sorularına cevap verenler dışarda bırakılmıştır. Genel olarak bakıldığında kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması %26,5 en mükemmel yüzdeye sahipken doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz %14,5 sorusuna verilen cevap ise en düşüktür. Uygun değil/ilgisiz cevabı verenlere bakıldığında %11,3 ile doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz en yüksek yüzdeye sahiptir. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması ve bekleme odasında harcadığınız zaman sorularında ise uygun değil/ilgisiz seçeneğini seçen hiç olmamıştır.

Tablo 6.1.4. Anket Sorularına Mükemmel ve İyi Cevabı Verenlerin Yüzdeleri

Sorular	Olumlu Yüzdeler
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	56,8
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	58,0
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	61,0
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	53,8
Sizi dinlemesi	65,1
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	81,4
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	54,1
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	55,5
İşini tam yapması	61,9
Sizi muayene etmesi	61,3
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	47,6
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	52,0
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	58,4
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	50,6
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	51,0
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	42,0
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	42,6
Doktor dışı personelin yardımı	48,7
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	57,0
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	42,7
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	26,5
Bekleme odasında harcadığınız zaman	37,5
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	43,7
Ortalama	52,6

Tablo 6.1.4'te sorulara mükemmel ve iyi cevabı verenlerin ortalaması %52,6 olarak bulunmuş ve kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması sorusu %81,4 ile en yüksek yüzdeye sahipken doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorusu %26,5 ile en düşük yüzdeye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 6.1.5. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Yaşa Göre Dağılımı

Soru	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	18-24 yaş	88	3,36	0,85	175,26	15,585	0,004** (1-5, 4-5)
	25-34 yaş	83	3,55	0,97	202,70		
	35-44 yaş	91	3,67	0,79	217,26		
	45-54 yaş	95	3,41	0,91	186,27		
	55 yaş ve üstü	43	3,91	0,75	243,87		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	18-24 yaş	88	3,39	0,99	180,61	11,432	0,022* (1-3, 1-5)
	25-34 yaş	83	3,54	0,87	199,90		
	35-44 yaş	89	3,71	0,87	220,11		
	45-54 yaş	95	3,34	1,05	183,57		
	55 yaş ve üstü	43	3,84	0,72	229,91		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	18-24 yaş	88	3,57	0,91	190,30	9,992	0,041* (1-5, 4-5)
	25-34 yaş	83	3,64	0,81	200,34		
	35-44 yaş	91	3,71	0,83	211,25		
	45-54 yaş	95	3,46	0,91	182,26		
	55 yaş ve üstü	43	3,95	0,75	239,21		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	18-24 yaş	88	3,56	0,96	202,79	7,956	0,093
	25-34 yaş	83	3,51	0,89	198,94		
	35-44 yaş	90	3,52	0,81	199,31		
	45-54 yaş	95	3,37	0,93	180,58		
	55 yaş ve üstü	42	3,86	0,87	236,90		
Sizi dinlemesi	18-24 yaş	87	3,68	0,90	191,46	9,680	0,046* (2-4, 3-4,4-5)
	25-34 yaş	83	3,81	0,86	207,93		
	35-44 yaş	90	3,84	0,85	213,24		
	45-54 yaş	95	3,51	0,97	175,04		
	55 yaş ve üstü	43	3,93	0,94	224,76		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	18-24 yaş	87	4,17	0,78	208,17	8,825	0,066
	25-34 yaş	80	3,99	0,70	180,93		
	35-44 yaş	87	4,15	0,76	205,11		
	45-54 yaş	85	3,88	0,79	170,06		

Soru	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
	55 yaş ve üstü	43	4,07	0,74	192,29		
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	18-24 yaş	88	3,52	1,01	197,65	4,846	0,303
	25-34 yaş	83	3,53	0,89	198,29		
	35-44 yaş	91	3,66	0,85	210,49		
	45-54 yaş	94	3,38	0,91	183,47		
	55 yaş ve üstü	43	3,74	0,73	222,06		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	18-24 yaş	87	3,49	0,94	191,67	6,058	0,195
	25-34 yaş	82	3,63	0,82	209,70		
	35-44 yaş	88	3,57	0,84	198,83		
	45-54 yaş	93	3,38	0,90	178,68		
	55 yaş ve üstü	43	3,72	0,85	219,44		
İşini tam yapması	18-24 yaş	88	3,65	0,98	195,57	5,599	0,231
	25-34 yaş	83	3,67	0,83	194,75		
	35-44 yaş	90	3,78	0,90	210,24		
	45-54 yaş	95	3,57	0,90	186,15		
	55 yaş ve üstü	43	3,95	0,84	228,36		
Sizi muayene etmesi	18-24 yaş	88	3,64	1,05	200,20	11,072	0,026* (4-5, 3-4)
	25-34 yaş	83	3,65	0,88	197,46		
	35-44 yaş	91	3,78	0,90	215,47		
	45-54 yaş	94	3,39	0,94	172,07		
	55 yaş ve üstü	42	3,90	0,88	228,85		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	18-24 yaş	88	3,26	1,12	185,85	3,882	0,422
	25-34 yaş	83	3,40	1,21	202,94		
	35-44 yaş	90	3,4778	,95079	205,26		
	45-54 yaş	91	3,2637	1,05235	188,26		
	55 yaş ve üstü	43	3,5814	1,09615	218,76		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	18-24 yaş	86	3,5233	,91686	203,19	4,539	0,338
	25-34 yaş	83	3,4458	,96592	195,39		
	35-44 yaş	89	3,5281	,89303	205,26		
	45-54 yaş	95	3,3158	,94827	181,26		
	55 yaş ve üstü	43	3,6512	,94827	219,23		
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	18-24 yaş	88	3,5455	,99318	195,52	10,173	0,038* (3-4)
	25-34 yaş	82	3,4634	,90534	183,05		
	35-44 yaş	90	3,7667	,76511	221,74		
	45-54 yaş	94	3,4468	,92303	183,10		
	55 yaş ve üstü	43	3,7907	,88797	223,70		
	18-24 yaş	87	3,3563	1,10997	191,81	7,616	0,107

Soru	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	25-34 yaş	83	3,3735	1,07874	195,78		
	35-44 yaş	88	3,4432	,94514	200,24		
	45-54 yaş	93	3,2903	,86704	182,10		
	55 yaş ve üstü	42	3,7619	,72615	236,37		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	18-24 yaş	88	3,3636	,97299	187,01	7,277	0,122
	25-34 yaş	82	3,4024	,85865	193,40		
	35-44 yaş	90	3,5222	,82418	206,72		
	45-54 yaş	95	3,3789	,88941	192,71		
	55 yaş ve üstü	43	3,7209	,82594	236,60		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	18-24 yaş	88	3,2273	1,03643	192,43	1,491	0,828
	25-34 yaş	83	3,2169	1,08255	198,60		
	35-44 yaş	90	3,3000	,89254	202,56		
	45-54 yaş	94	3,2128	1,01465	196,39		
	55 yaş ve üstü	43	3,3953	1,13682	216,10		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	18-24 yaş	85	3,2235	1,03942	179,09	1,789	0,774
	25-34 yaş	80	3,3625	,81511	195,78		
	35-44 yaş	80	3,3375	,91325	192,01		
	45-54 yaş	89	3,1910	,97557	183,25		
	55 yaş ve üstü	42	3,3571	1,07797	198,14		
Doktor dışı personelin yardımı	18-24 yaş	86	3,1395	1,08642	179,73	9,462	0,051
	25-34 yaş	80	3,1625	1,30669	189,74		
	35-44 yaş	90	3,4778	,99694	214,58		
	45-54 yaş	95	3,2000	1,02729	188,96		
	55 yaş ve üstü	43	3,6279	1,06956	230,60		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	18-24 yaş	87	3,3448	1,03236	176,10	8,553	0,073
	25-34 yaş	83	3,5542	1,18170	205,11		
	35-44 yaş	90	3,7000	1,01062	216,55		
	45-54 yaş	95	3,4632	1,04993	190,39		
	55 yaş ve üstü	43	3,7674	,94711	220,47		
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	18-24 yaş	86	3,2209	1,14173	195,02	2,976	0,562
	25-34 yaş	80	3,1250	1,11803	186,00		
	35-44 yaş	83	3,1807	1,00176	188,87		
	45-54 yaş	88	2,9773	1,17422	174,52		
	55 yaş ve üstü	38	3,3684	,99786	205,63		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	18-24 yaş	83	2,7831	1,16920	181,36	6,215	0,184
	25-34 yaş	76	2,8684	1,23658	188,08		
	35-44 yaş	76	2,5921	1,04789	165,50		

Soru	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
	45-54 yaş	83	2,5783	1,12749	164,87		
	55 yaş ve üstü	37	3,0541	1,17724	204,88		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	18-24 yaş	88	3,0909	1,05739	193,89	3,557	0,469
	25-34 yaş	83	3,0602	1,07465	193,15		
	35-44 yaş	91	3,2198	1,06251	209,05		
	45-54 yaş	95	3,0842	,97482	194,04		
	55 yaş ve üstü	43	3,3953	1,04971	224,38		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	18-24 yaş	86	3,3837	1,11849	201,91	3,890	0,421
	25-34 yaş	82	3,2683	1,08922	189,66		
	35-44 yaş	85	3,2941	,92355	189,37		
	45-54 yaş	88	3,1364	1,01915	176,61		
	55 yaş ve üstü	41	3,5122	,81000	209,72		

*p<0,05 ** p<0,01

Yaşa göre yapılan karşılaştırmalar Tablo 6.1.5'te verilmiştir;

- Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=15,585;p<0,01). Farklılığın 55 yaş ve üstü grubun 3,91±0,75 (mean rank:243,87) 18-24 yaş 3,36±0,85 (mean rank:175,26) ve 45-54 yaş aralığından 3,41±0,91 (mean rank:186,27) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

- Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=11,432;p<0,05). Farklılığın 18-24 yaş aralığının 3,39±0,99 (mean rank:180,61) 35-44 yaş 3,71±0,87 (mean rank:220,11) ve 55 yaş ve üzeri yaş grubundan 3,84±0,72 (mean rank=229,91) daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

- Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=9,992;p<0,05). Farklılığın 55 yaş ve üstü grubun 3,95±0,75 (mean rank: 239,21) 18-24 yaş 3,57±0,91 (mean rank: 190,30) ve 45-54 yaş aralığından 3,46±0,91 (mean rank: 182,26) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

- Sizi dinlemesi boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=9,680;p<0,05). Farklılığın 45-54 yaş aralığının 3,51±0,97 (mean rank: 175,04)

55 yaş ve üstü 3,93±0,94 (mean rank: 224,76) 35-44 yaş 3,84±0,85 (mean rank: 213,24) ve 25-34 yaş aralığından 3,81±0,86 (mean rank: 207,93) daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

- Sizi muayene etmesi boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=11,072;p<0,05). Farklılığın, 45-54 yaş 3,39±0,94 (mean rank: 172,07) 55 yaş ve üstü 3,90±0,88 (mean rank: 228,85) ve 35-44 yaş aralığından 3,78±0,90 (mean rank: 215,47) daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

- Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi boyutunda anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Ki-kare=10,173;p<0,05). Farklılığın 35-44 yaş 3,76±0,76 (mean rank: 221,74) ve 45-54 yaş aralığından 3,44±0,92 (mean rank: 183,10) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 6.1.6. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Sorular	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Kadın	205	3,56	0,90	201,75	-,237	,812
	Erkek	195	3,53	0,86	199,18		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Kadın	203	3,58	0,94	204,73	-,986	,324
	Erkek	195	3,48	0,94	194,06		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Kadın	205	3,61	0,88	197,83	-,508	,611
	Erkek	195	3,66	0,84	203,30		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Kadın	204	3,52	0,87	198,89	-,115	,908
	Erkek	194	3,53	0,93	200,14		
Sizi dinlemesi	Kadın	204	3,75	0,88	202,14	-,501	,617
	Erkek	194	3,70	0,94	196,72		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Kadın	198	4,04	0,75	189,24	-,457	,648
	Erkek	184	4,07	0,78	193,93		
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Kadın	205	3,59	0,91	205,81	-1,098	,272
	Erkek	194	3,50	0,88	193,86		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Kadın	200	3,58	0,89	202,51	-1,042	,297
	Erkek	193	3,50	0,87	191,30		
İşini tam yapması	Kadın	204	3,75	0,92	206,04	-1,134	,257
	Erkek	195	3,65	0,88	193,68		
Sizi muayene etmesi	Kadın	204	3,64	0,98	198,79	-,133	,894
	Erkek	194	3,65	0,92	200,24		
	Kadın	201	3,34	1,15	196,59	-,260	,795

Sorular	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Erkek	194	3,41	1,01	199,46		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Kadın	201	3,49	0,94	200,39	-,351	,726
	Erkek	195	3,45	0,93	196,56		
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Kadın	202	3,62	0,92	204,46	-1,026	,305
	Erkek	195	3,54	0,89	193,34		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Kadın	201	3,43	1,00	200,08	-,577	,564
	Erkek	192	3,38	0,96	193,78		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Kadın	204	3,50	0,92	206,13	-1,255	,209
	Erkek	194	3,40	0,84	192,52		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Kadın	203	3,23	1,02	196,16	-,617	,537
	Erkek	195	3,28	1,01	202,97		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Kadın	192	3,34	0,99	194,47	-1,144	,252
	Erkek	184	3,23	0,92	182,27		
Doktor dışı personelin yardımı	Kadın	201	3,31	1,12	199,81	-,430	,667
	Erkek	193	3,27	1,09	195,09		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Kadın	204	3,62	1,06	207,55	-1,499	,134
	Erkek	194	3,46	1,06	191,03		
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Kadın	191	3,23	1,04	194,88	-1,301	,193
	Erkek	184	3,07	1,16	180,85		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Kadın	181	2,80	1,12	183,79	-1,118	,264
	Erkek	174	2,68	1,19	171,98		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Kadın	205	3,11	1,07	196,50	-,743	,458
	Erkek	195	3,18	1,02	204,71		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Kadın	194	3,24	1,04	185,10	-1,207	,227
	Erkek	188	3,36	1,00	198,10		

Tablo 6.1.6'da cinsiyete göre bağımsız örneklem karşılaştırmaları yapıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.1.7. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Soru	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Bekar	147	3,55	0,89	200,09	-,059	,953
	Evli	253	3,54	0,87	200,74		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Bekar	147	3,52	0,95	197,38	-,300	,764
	Evli	251	3,53	0,94	200,74		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Bekar	147	3,65	0,90	203,42	-,414	,679
	Evli	253	3,62	0,84	198,80		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Bekar	147	3,52	0,96	200,96	-,205	,837
	Evli	251	3,53	0,87	198,65		
Sizi dinlemesi	Bekar	146	3,79	0,91	206,30	-,956	,339
	Evli	252	3,69	0,90	195,56		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Bekar	143	4,10	0,79	199,89	-1,268	,205
	Evli	239	4,02	0,74	186,48		
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Bekar	147	3,52	0,97	198,38	-,227	,821
	Evli	252	3,56	0,85	200,94		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Bekar	143	3,54	0,92	197,73	-,103	,918
	Evli	250	3,54	0,86	196,58		
İşini tam yapması	Bekar	147	3,69	0,93	200,50	-,070	,944
	Evli	252	3,70	0,89	199,71		
Sizi muayene etmesi	Bekar	147	3,65	0,98	200,97	-,206	,837
	Evli	251	3,64	0,93	198,64		
Hastalıklardan korunmanız için	Bekar	146	3,30	1,12	190,71	-1,009	,313

Soru	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Evli	249	3,42	1,07	202,28		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Bekar	145	3,44	0,95	194,74	-,524	,600
	Evli	251	3,49	0,93	200,67		
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Bekar	147	3,54	0,93	194,88	-,584	,559
	Evli	250	3,60	0,89	201,42		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Bekar	146	3,38	1,06	197,17	-,025	,980
	Evli	247	3,42	0,93	196,90		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Bekar	146	3,37	0,92	189,09	-1,462	,144
	Evli	252	3,50	0,86	205,53		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Bekar	146	3,21	1,04	193,29	-,856	,392
	Evli	252	3,28	1,01	203,10		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Bekar	138	3,27	0,98	185,38	-,446	,656
	Evli	238	3,29	0,94	190,31		
Doktor dışı personelin yardımı	Bekar	145	3,18	1,16	185,89	-1,614	,107
	Evli	249	3,35	1,07	204,26		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Bekar	146	3,38	1,11	182,01	-2,417	0,016*
	Evli	252	3,63	1,02	209,63		
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Bekar	144	3,06	1,17	179,67	-1,220	,223
	Evli	231	3,21	1,06	193,19		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Bekar	140	2,75	1,19	178,51	-,077	,938
	Evli	215	2,73	1,14	177,67		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Bekar	147	3,05	1,15	190,23	-1,416	,157

Soru	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
	Evli	253	3,20	0,98	206,47		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Bekar	143	3,31	1,10	194,71	-,461	,645
	Evli	239	3,28	0,97	189,58		

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalar Tablo 6.1.7'de verilmiştir ve bütün sorularda evlilerin puanı 3,63±1,02 (mean rank: 209,63) bekarların puanından 3,38±1,11 (mean rank: 182) daha yüksektir, fakat bu farklılık sadece size uygun zamanlara randevu alabilmeniz sorusunda anlamlıdır (t=-2,417;p<0,05).

Tablo 6.1.8. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Soru	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	İlkokul	52	3,98	0,73	256,03	17,762	0,001**
	Ortaokul	39	3,41	0,79	181,54		
	Lise	131	3,56	0,90	202,45		
	Ön Lisans	70	3,43	0,84	185,38		
	Lisans ve ustu	108	3,44	0,91	188,05		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	İlkokul	52	3,90	0,80	242,63	10,185	0,037*
	Ortaokul	39	3,49	0,82	190,83		
	Lise	129	3,47	1,02	196,76		
	Ön Lisans	70	3,51	0,93	196,97		
	Lisans ve ustu	108	3,44	0,92	186,77		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	İlkokul	52	3,96	0,74	242,21	10,259	0,036*
	Ortaokul	39	3,49	0,79	178,99		
	Lise	131	3,56	0,91	192,91		
	Ön Lisans	70	3,67	0,74	202,87		
	Lisans ve ustu	108	3,59	0,93	195,85		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	İlkokul	52	3,85	0,87	238,27	9,087	0,059
	Ortaokul	39	3,41	0,68	179,62		
	Lise	130	3,48	1,00	196,91		
	Ön Lisans	69	3,55	0,81	202,80		
	Lisans ve ustu	108	3,44	0,90	189,02		

Soru	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
Sizi dinlemesi	İlkokul	52	4,02	0,85	234,62	7,154	0,128
	Ortaokul	39	3,59	0,88	181,45		
	Lise	130	3,70	0,96	198,03		
	Ön Lisans	69	3,68	0,87	190,80		
	Lisans ve ustu	108	3,70	0,89	196,44		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	İlkokul	48	4,23	0,59	211,72	4,358	0,360
	Ortaokul	39	3,95	0,76	175,51		
	Lise	120	4,10	0,76	198,51		
	Ön Lisans	68	3,99	0,80	183,92		
	Lisans ve ustu	107	4,00	0,80	185,21		
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	İlkokul	52	3,96	0,82	248,10	17,813	0,001**
	Ortaokul	39	3,26	0,68	161,40		
	Lise	130	3,59	0,88	207,10		
	Ön Lisans	70	3,53	0,86	195,92		
	Lisans ve ustu	108	3,41	0,99	184,88		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	İlkokul	51	3,86	0,83	236,27	9,653	0,047*
	Ortaokul	39	3,38	0,67	173,91		
	Lise	128	3,54	0,90	198,65		
	Ön Lisans	67	3,48	0,79	189,01		
	Lisans ve ustu	108	3,47	0,96	189,79		
İşini tam yapması	İlkokul	52	3,90	0,85	224,59	4,100	0,393
	Ortaokul	39	3,62	0,85	188,88		
	Lise	131	3,72	0,92	202,66		
	Ön Lisans	69	3,70	0,85	198,66		
	Lisans ve ustu	108	3,60	0,95	189,81		
Sizi muayene etmesi	İlkokul	52	3,94	0,87	234,32	6,645	0,156
	Ortaokul	39	3,56	0,85	185,72		
	Lise	129	3,63	0,97	198,60		
	Ön Lisans	70	3,63	0,92	194,48		
	Lisans ve ustu	108	3,56	1,00	192,04		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	İlkokul	50	3,78	0,91	238,92	10,936	0,027*
	Ortaokul	39	3,41	1,09	200,60		
	Lise	129	3,43	1,11	203,03		
	Ön Lisans	69	3,25	1,05	184,77		
	Lisans ve ustu	108	3,19	1,11	180,56		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	İlkokul	51	3,73	0,92	229,84	7,084	0,131
	Ortaokul	39	3,62	0,75	212,73		
	Lise	130	3,43	0,97	192,29		
	Ön Lisans	69	3,48	0,88	200,30		

Soru	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
	Lisans ve ustu	107	3,35	0,97	184,75		
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	İlkokul	51	3,88	0,86	237,08	9,076	0,059
	Ortaokul	39	3,64	0,81	203,36		
	Lise	130	3,60	0,89	200,56		
	Ön Lisans	70	3,50	0,91	187,81		
	Lisans ve ustu	107	3,45	0,95	184,69		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	İlkokul	50	3,74	0,85	234,20	8,850	0,065
	Ortaokul	39	3,59	0,64	214,46		
	Lise	128	3,33	1,02	187,68		
	Ön Lisans	70	3,30	1,00	186,32		
	Lisans ve ustu	106	3,35	1,05	191,33		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	İlkokul	52	3,73	0,82	231,65	8,823	0,066
	Ortaokul	39	3,62	0,67	222,67		
	Lise	131	3,41	0,94	196,21		
	Ön Lisans	69	3,35	0,84	184,51		
	Lisans ve ustu	107	3,36	0,93	189,13		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	İlkokul	51	3,63	0,96	241,76	11,040	0,026*
	Ortaokul	39	3,44	0,82	218,12		
	Lise	131	3,16	1,08	189,75		
	Ön Lisans	69	3,16	0,90	185,99		
	Lisans ve ustu	108	3,19	1,07	193,28		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	İlkokul	49	3,49	0,96	210,20	3,118	0,538
	Ortaokul	37	3,32	0,88	194,11		
	Lise	122	3,28	1,01	188,15		
	Ön Lisans	67	3,21	0,88	180,48		
	Lisans ve ustu	101	3,23	0,97	181,66		
Doktor dışı personelin yardımı	İlkokul	52	3,29	1,16	196,03	0,880	0,927
	Ortaokul	39	3,33	1,03	203,58		
	Lise	130	3,32	1,15	202,90		
	Ön Lisans	69	3,25	0,98	189,87		
	Lisans ve ustu	104	3,26	1,16	194,27		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	İlkokul	51	3,86	0,94	231,31	8,185	0,085
	Ortaokul	39	3,38	0,96	178,69		
	Lise	131	3,56	1,15	206,11		
	Ön Lisans	70	3,54	0,99	198,68		
	Lisans ve ustu	107	3,42	1,06	184,37		
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	İlkokul	45	3,49	1,10	219,82	6,925	0,140
	Ortaokul	37	3,38	1,06	206,57		
	Lise	122	3,07	1,09	181,62		

Soru	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	Ki-Kare	p
	Ön Lisans	69	3,10	1,07	183,91		
	Lisans ve ustu	102	3,04	1,13	177,62		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	İlkokul	43	2,88	0,98	191,58	4,550	0,337
	Ortaokul	34	2,94	1,01	195,97		
	Lise	115	2,61	1,24	165,53		
	Ön Lisans	64	2,64	1,03	170,79		
	Lisans ve ustu	99	2,83	1,24	185,08		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	İlkokul	52	3,42	1,02	231,79	6,670	0,154
	Ortaokul	39	3,05	0,83	184,96		
	Lise	131	3,14	1,08	200,07		
	Ön Lisans	70	3,21	1,02	206,84		
	Lisans ve ustu	108	3,01	1,08	187,46		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	İlkokul	50	3,50	0,84	212,71	4,424	0,352
	Ortaokul	36	3,25	1,02	185,10		
	Lise	124	3,19	1,12	181,11		
	Ön Lisans	67	3,42	0,91	203,93		
	Lisans ve ustu	105	3,26	1,03	187,93		

*p<0,05 ** p<0,01

Tablo 6.1.8'de eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda ise doktora telefonla ulaşma sorusu hariç bütün sorularda ilkokul mezunlarının ortalamaları ve ortalama rank değerleri yüksektir. Fakat bu farklılığın anlamlı olduğu sorular görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi 3,98±0,73 (Ki-kare=17,762; p<0,01), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi 3,90±0,80 (Ki-kare=10,185; p<0,05), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması 3,96±0,74 (Ki-kare=10,259; p<0,05), şikayetlerinizi çabuk geçirmesi 3,96±0,82 (Ki-kare=17,813; p<0,01), günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi 3,86±0,83 (Ki-kare=9,653; p<0,05), hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi) 3,78±0,91 (Ki-kare=10,936; p<0,05), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,63±0,96 (Ki-kare=11,040; p<0,05) diğer anlamlı sorulardır.

Tablo 6.1.9. Aile Hekimliği Hizmeti Hakkındaki Görüşlerin Yerleşkeye Göre Dağılımı

Soru	Yerleşke	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Avrupa	210	3,66	0,87	215,35	-2,887	0,004**
	Anadolu	190	3,42	0,87	184,09		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Avrupa	208	3,63	0,92	210,83	-2,192	0,028*
	Anadolu	190	3,42	0,95	187,09		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Avrupa	210	3,67	0,89	205,78	-1,031	0,302
	Anadolu	190	3,59	0,84	194,67		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Avrupa	209	3,59	0,88	207,69	-1,584	0,113
	Anadolu	189	3,46	0,93	190,44		
Sizi dinlemesi	Avrupa	209	3,81	0,93	211,41	-2,314	0,021*
	Anadolu	189	3,63	0,87	186,33		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Avrupa	203	4,09	0,75	196,80	-1,103	0,270
	Anadolu	179	4,01	0,78	185,49		
Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	Avrupa	210	3,62	0,85	208,41	-1,629	0,103
	Anadolu	189	3,47	0,94	190,65		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Avrupa	207	3,66	0,81	210,55	-2,657	0,008**
	Anadolu	186	3,40	0,93	181,92		
İşini tam yapması	Avrupa	210	3,79	0,91	211,54	-2,233	0,026*
	Anadolu	189	3,60	0,89	187,18		
Sizi muayene etmesi	Avrupa	208	3,74	0,91	210,90	-2,192	0,028*
	Anadolu	190	3,54	0,98	187,02		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	Avrupa	209	3,59	1,01	220,19	-4,252	p<0,001
	Anadolu	186	3,13	1,12	173,07		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Avrupa	207	3,58	0,91	211,53	-2,501	0,012*

Soru	Yerleşke	n	Ortalama	Standart Sapma	Mean Rank	z	p
	Anadolu	189	3,35	0,94	184,22		
Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Avrupa	208	3,67	0,88	210,41	-2,210	0,027*
	Anadolu	189	3,48	0,93	186,45		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Avrupa	205	3,52	0,96	210,18	-2,522	0,012*
	Anadolu	188	3,28	0,99	182,63		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Avrupa	209	3,53	0,87	210,63	-2,160	0,031*
	Anadolu	189	3,36	0,89	187,19		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Avrupa	209	3,40	1,00	216,17	-3,176	0,001**
	Anadolu	189	3,10	1,01	181,07		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Avrupa	202	3,38	0,89	198,86	-2,095	0,036*
	Anadolu	174	3,17	1,02	176,47		
Doktor dışı personelin yardımı	Avrupa	207	3,30	1,05	197,35	-0,029	0,977
	Anadolu	187	3,28	1,18	197,67		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Avrupa	209	3,56	0,99	200,59	-0,209	0,835
	Anadolu	189	3,53	1,13	198,29		
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	Avrupa	195	3,21	1,06	193,67	-1,094	0,274
	Anadolu	180	3,08	1,14	181,86		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Avrupa	187	2,75	1,12	178,34	-0,068	0,946
	Anadolu	168	2,73	1,19	177,62		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Avrupa	210	3,18	1,00	204,99	-0,854	0,393
	Anadolu	190	3,11	1,09	195,54		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Avrupa	203	3,42	0,98	204,73	-2,616	0,009**
	Anadolu	179	3,15	1,05	176,50		

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 6.1.9'da İstanbul ili içerisinde bulunan Anadolu Yerleşkesi ve Avrupa Yerleşkesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine göre karşılaştırmalar yapıldığında

ise bütün boyutlarda Avrupa Yerleşkesinin ortalaması Anadolu Yerleşkesinin ortalamasından yüksektir. Bu farklılığın anlamlı olduğu boyutlar ise; görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi 3,66±0,87 (Ki-kare=-2,887; p<0,01), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi 3,63± 0,92 (Ki-kare=-2,192; p<0,05), sizi dinlemesi 3,81± 0,93 (Ki-kare=-2,314; p<0,05), günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi 3,66±0,81 (Ki-kare=-2,657; p<0,01), işini tam yapması 3,79±0,91 (Ki-kare=-2,233; p<0,05), sizi muayene etmesi 3,74± 0,91 (Ki-kare=-2,192; p<0,05), test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması 3,58±0,91 (Ki-kare=-2,501; p<0,05), şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi 3,67±0,88 (Ki-kare=-2,210; p<0,05), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması 3,52±0,96 (Ki-kare=-2,522; p<0,05), tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması 3,53±0,87 (Ki-kare=-2,160; p<0,05), önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,40±1,00 (Ki-kare=-3,176; p<0,01), uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması 3,38± 0,98 (Ki-kare=-2,095; p<0,05), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunmasıdır 3,42± 0,98 (Ki-kare=-2,616; p<0,01).

7. TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerindeki aile hekimliği hizmetlerine başvuran hastaların memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın sonucunda ankete katılanların yaklaşık yarısı %51,3'ü kadınlardan, %48,8'i erkeklerden oluşmaktadır. Yapılan literatür araştırmalarında; "Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisi" isimli çalışmada da araştırmaya katılanların %62,6'sının (270), "Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" isimli çalışmada da %59'unun (271) ve "The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of Data Quality and Measurement Properties" isimli çalışmada ise %62,8'inin (272) kadın olduğu görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 06 Mart 2019 tarihinde yayınladığı hane halkı işgücü araştırması sonuçlarına göre; 2017 yılında, Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki istihdam edilenlerin oranı erkeklerde %65,6 iken kadınlarda ise %28,9 çıkmıştır (273). Buradan yola çıkarak ülkemizde çoğu kadının hem kendi hem de çocukları için aile hekimliğine daha fazla başvurduğu sonucu çıkarılabilir.

Araştırmaya katılan hastaların %22'si 18-24 yaş aralığında, %20,8'i 25-34 yaş aralığında, %22,8'i 35-44 yaş aralığında ve %23,8'i 45-54 yaş aralığındadır. Medeni duruma göre araştırmanın büyük çoğunluğunu %63,3'ünü evliler oluşturmaktadır. "Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırmada da %87'sinin evli olan bireylerden oluştuğu görülmüştür (274) TÜİK'in aynı tarihte yayınladığı araştırmasındaki evlenme istatistiklerine göre; resmi olarak ilk evliliğini 2018 yılında yapmış olan kadınların ortalama evlenme yaşı 24,8 iken bu yaş erkeklerde 27,8'dir (273). Araştırmamıza katılanların çoğunluğu bu yaş aralıklarında olduğuna göre evli bireylerin sayının bekar bireylerin sayısından fazla olması normaldir.

Hastaların aile hekimliği hizmetleri hakkındaki görüşlerine bakıldığında en yüksek puan aldığı sorular kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması 4,14, sizi dinlemesi 3,74 ve işini tam yapması 3,70, en düşük aldığı puanlar ise doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz 3,11, bekleme odasında harcadığınız zaman 3,15 ve önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,27'dir. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz %14,5, doktor

dışı personelin yardımı %9,3, muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz %8,3 sorusuna verilen cevap ise en düşüktür.

Araştırmamızda olduğu gibi Slovenya'da yapılan "An Evaluation of Patient Satisfaction With Family Practice Care in Slovenia" isimli çalışmada kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması %88,8 ve sizi dinlemesi %85,9 konularında memnuniyet oranının yüksek çıktığı görülmüştür (275). Güney Afrika da yapılan "Interpersonal and Organizational Dimensions of Patient Satisfaction: The Moderating Effects of Health Status" isimli çalışmada ise %74 ile aile hekimliklerinin gizliliğe önem verdikleri konusunda memnuniyet oranının yüksek olduğu görülmektedir (276). Ülkemizde Çankırı'da yapılan "Çankırı'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Sosyo-Demografik, Çevresel ve Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmada ise hasta bireyin dinlenmesi memnuniyet oranının en yüksek olduğu konudur (277). Aile hekimlerinin kendi kayıt ve bilgilerini gizli tuttuğuna ve kimseyle paylaşmadıklarına inanan bireylerin aile hekimlerine olan güven duygularının oluştuğu söylenebilir.

Bulgaristan'da yapılan "The EUROPEP Questionnaire For Patient's Evaluation of General Practice Care: Bulgarian Experience" isimli çalışma da bekleme odasında harcadığınız zaman konusunda memnuniyet oranlarının düşük olduğu görülmüştür (278). "Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma" isimli çalışmada da telefon ile ulaşabilme %23,34 ve bekleme odasında harcanan zaman %39,17 memnun olma oranının en düşük olduğu konulardır (279). Aynı zamanda Filistin'de yapılan "An evaluation of Patients opinions of primary care physicians: the use of Europep in Gaza Strip-Palestine" ve ülkemizin Adana şehrinde yapılan "Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması" isimli çalışmalarda da hekime telefonla ulaşabilme konusunda memnuniyet oranlarının düşük çıktığı görülmektedir (280), (281). Kişilerin aile hekimlerine telefonla ulaşmada sorun yaşamalarının nedeni, hekimlerin mesai saatleri içerisinde hem hasta muayene edip hem de telefona cevap verememesinden kaynaklıdır. Bekleme odasında harcanan zaman konusunda memnuniyet oranının düşük çıkmasının nedeni ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde randevu sistemi olmasına rağmen etkin kullanılmadığından kaynaklıdır. Genel olarak bakıldığında ve diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında ve

Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni olduğu göz önüne alındığında memnuniyet oranının düşük olmadığı hatta birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin sağlık hizmetlerinde meydana gelen gelişmeler ile birlikte yükseldiği görülmektedir (282). Sağlık hizmetlerinde yeni yöntemler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kalite standartlarının geliştirilmesi ve akreditasyona geçilmesiyle birlikte hizmet kalitesinin giderek artması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranının da giderek artması beklenmektedir.

Araştırmaya katılanlardan mükemmel ve iyi diyenlerin ortalaması %52,6 olarak bulunmuştur ve kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması sorusunun %81,4 ile en yüksek yüzdeye sahip olduğu, doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorusunun %26,5 ile en düşük yüzdeye sahip olduğu görülmüştür. Bulgaristan'da yapılan "The EUROPEP Questionnaire For Patient's Evaluation of General Practice Care: Bulgarian Experience" isimli çalışmada da mükemmel ve iyi diyenlerin ortalamasına bakıldığında kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması sorusunun %88,8 ile en yüksek yüzdeye sahip olduğu görülmüştür. En düşük yüzde ise %56,5 ile bekleme odasında harcadığınız zaman olarak bulunmuştur (278).

Araştırmaya katılan kişilerin yaş grubu açısından incelendiğinde görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, sizi dinlemesi, sizi muayene etmesi, şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi sorularında 45-54 yaş arasındaki bireylerin aile hekiminden duyduğu memnuniyet oranı genç nüfusun memnuniyet oranına göre daha düşüktür. Bunun sebebinin bu nüfusun aile hekimliğini daha fazla tercih etmesi ve aile hekimine sürekli gittiği için deneyimlerinin fazla olmasından genç nüfusun ise iş, okul vb. nedenler ile aile hekimine daha az başvurmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmamızın aksine Avustralya'da yapılan "How Do Australian Patients Rate Their General Practitioner? A Descriptive Study Using the General Practice Assessment Questionnaire" isimli çalışmada ve ülkemizde Edirne'de yapılan "Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisinin Araştırılması" isimli çalışmada yaş arttıkça aile hekimliğinden duyulan memnuniyet oranının da arttığı görülmüştür (283), (284).

Cinsiyet açısından hastaların aile hekimliği hizmetleri hakkındaki görüşlerine bakıldığında erkeklerin kadınlara göre duyduğu memnuniyet oranı daha yüksektir. Ancak sizi dinlemesi 3,75±0,88, şikayetlerinizi çabuk geçirmesi 3,59±0,91, günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi 3,58±0,89, işini tam yapması 3,75±0,92, test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması 3,49±0,94, şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi 3,62±0,92, sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması 3,43±1, tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması 3,50±0,92, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması 3,34±0,99, doktor dışı personelin yardımı 3,31±1,12, size uygun zamanlara randevu alabilmeniz 3,62±1,06, muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz 3,23±1,04 ve doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz 2,80±1,12 konularında kadınların memnuniyet ortalamasının erkeklerin memnuniyet ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılanların çoğunluğunun kadın olduğu kadınların erkeklere göre aile hekimliği hizmetlerine başvurma oranının da daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızın aksine "EUROPEP Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması" isimli çalışmada kadınların memnuniyet oranının erkeklerin memnuniyet oranına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (70).

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda bütün sorularda evlilerin memnuniyet oranı bekarların memnuniyet oranından daha yüksektir fakat bu farklılık sadece size uygun zamanlara randevu alabilmeniz sorusunda anlamlıdır. Bekar olan kişilerin ortalamasının 3,38±1,11 evli olanlara göre 3,63±1,02 daha düşük olduğu görülmüştür. "Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu" isimli çalışmada evli olan bireylerin memnuniyet oranının bekar olan bireylerin memnuniyet oranından yüksek olduğu bulunmuştur (285). Bunun sebebi evli olan bireylerin evlilik işlemleri evlilik sonrası çocuk sahibi olma sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi konularda kadınların daha fazla başvurduğu ve buna bağlı olarak memnuniyet düzeyinin artmasıdır.

Eğitim durumu açısından araştırmamıza katılanlar lise %32,8 ve lisans %23,3 ağırlıklıdır. Eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda ise doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorusu hariç bütün sorularda ilkokul mezunlarının

memnuniyet oranları yüksektir. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi 3,98±0,73, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi 3,90±0,80, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması 3,96±0,74, şikayetlerinizi çabuk geçirmesi 3,96±0,82, günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi 3,86±0,8, hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler 3,78±0,91, önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,63±0,96 konularında ilkokul mezunlarının memnuniyet oranları daha yüksektir. Doktor dışı personelin yardımı ve doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz sorularında ise ortaokul mezunlarının verdikleri cevapların yüzdesi daha yüksektir. Eğitim düzeyi daha düşük olan kişilerin sadece hizmet almak amaçlı olduğu ve hizmet kalitesiyle ilgili bir beklentisinin olmadığı görülmektedir. "Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisinin Araştırılması" isimli çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan kişilerin memnuniyet oranı yüksek iken eğitim durumu yüksek olan kişilerin duydukları memnuniyet oranının beklentilerine kıyasla düşük olduğu görülmüştür (283). Eğitim durumunun artması ve modernleşme ile sağlık hizmetlerinden beklentilerin giderek arttığı ve bu gelişmeler karşısında sunulan sağlık hizmetlerinin beklentileri karşılamadığı görülmektedir.

İstanbul ili içerisinde bulunan Anadolu Yerleşkesi ve Avrupa Yerleşkesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine göre karşılaştırmalar yapıldığında ise; Anadolu Yerleşkesinin memnuniyet oranının Avrupa Yerleşkesinin memnuniyet oranından düşük olduğu belirlenmiştir. Özellikle hekimin hasta ile yaptığı görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi 3,66±0,87, sizin özel durumunuzla ilgilenmesi 3,63±0,92, sizi dinlemesi 3,81±0,93, günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi 3,66±0,8, işini tam yapması 3,79±0,91, sizi muayene etmesi 3,74± 0,91, test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması 3,58±0,91, şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi 3,67± 0,88, sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması 3,52±0,96, tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması 3,53±0,87, önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi 3,40±1,00, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması 3,38± 0,98, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması 3,42±0,98 konuların da Avrupa Yerleşkesinin memnuniyet oranı Anadolu Yerleşkesinin memnuniyet oranına göre daha yüksektir. Araştırmamıza

katılanların eğitim durumlarına bakıldığında Anadolu Yerleşkesinin eğitim durumunun Avrupa Yerleşkesine göre daha yüksek olduğu saptanmış ve beklentilerin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Daha önce İstanbul'da bu konu ile benzer bir araştırma yapılmadığı için bu madde için karşılaştırma yapılamamaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada İstanbul ili Avrupa Yerleşkesinde Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa ve Anadolu Yerleşkesinde Kadıköy, Beykoz, Üsküdar ilçelerinde hizmet veren ASM'lere başvuran hastaların medeni durumu, yaşı, eğitimi, cinsiyeti ve oturduğu yerleşke ve bölgeye göre aile hekiminin verdiği hizmetten duyduğu memnuniyet düzeyi incelenmiş ve yerleşke ve bölgeye göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların aile hekimliği ve hizmetleri hakkında memnuniyet oranlarının en yüksek olduğu konular kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, sizi dinlemesi ve işini tam yapması olarak bulunmuştur. Kayıt ve bilgilerini gizli tuttuğuna ve kimseyle paylaşmadığına inançları tam olan hastaların aile hekimlerine karşı olan güven duyguları artacaktır. Hastalar, aile hekimliği branşının tüm gerektirdiklerini, tecrübe ve bilgisiyle pekiştirerek kendisine sunduğunu ve tedaviye katıldığına inandığı aile hekimine sağlık sorunu ne olursa olsun her zaman güvenerek anlatabilecek ve tanımadığı bir hekim yerine her zaman ilk olarak aile hekimini tercih edecektir. Uygulanabilir bir sevk sisteminin oluşturulmasıyla aile hekimliği hizmetleri daha etkin olarak çalışabilecek diğer basamaklarda ki hasta yığılmaları önlenecek, gereksiz tetkik ve tahlil yapılması ve gereksiz ilaç kullanımı en aza indirilmesi sağlanacaktır.

Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman ve önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi konuları hastaların memnuniyet oranlarının en düşük olduğu konular olarak bulunmuştur ve aşağıdaki şekilde iyileştirilebilir;

- Hastaların aile hekimlerine telefonla ulaşmada sorun yaşaması, hekimlerin mesai saatleri içerisinde hem hasta muayene edip hem de telefona cevap verememesinden kaynaklıdır. Hekimin hastalarına mail adresini vermesi; hem hastaların rahatlıkla soru sormalarını sağlayacak hem de hekimin uygun olduğu zamanda hastasının sorusunu cevaplayabilmesini sağlayacaktır. Böylelikle hizmet sürekliliğinin devamı daha da güçlenecektir.

- Hastaların bekleme odalarında geçirdikleri sürenin fazla olması randevu sisteminin etkin kullanılmadığının bir göstergesidir. Randevu sistemi ve hastaya ayrılan zaman yeniden gözden geçirilmelidir.

- Aile hekiminin hastayla olan önceki görüşmesinde yaptığı ve söylediklerini bilmesi için hekimin hastayı tanıması gerekir. Hastanın aile hekimine geliş sıklığı ne kadar az olursa aile hekiminin hastayı tanıma, söylediklerini hatırlama ve hastayı takip etme fırsatı azalır. Hastalar aile hekimlerine sadece ilaç ve rapor yazdırmak için geldikleri sürece hekim ve hasta arasında olması gereken iletişim güçlenmeyecek ve hekim hastasını tanımayacaktır. Aile hekimliği hizmetlerinin etkin olarak kullanılmasını sağlamak ancak uygulanabilir ve güçlü bir sevk sistemiyle olacaktır.

45-54 yaş arasındaki bireylerin aile hekiminden duyduğu memnuniyet oranının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu yaş aralıklarında ortaya çıkan akut ve kronik hastalıklar olduğu düşünüldüğünde bu sonuç oldukça üzücüdür. Bu yaş aralıklarındaki hastalara daha hassas davranılmalı, akut veya kronik hastalıkları için hastalara gerekli bilgilendirmeler yapılmalı ve sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarında aile hekimi olarak her zaman yanlarında oldukları hissettirilmelidir.

Evlilerin, bekarlara göre duyduğu memnuniyet oranının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Evli olan bireylerin evlilik işlemleri, evlilik sonrası çocuk sahibi olma, sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi konularda daha fazla başvurduğu düşünüldüğünde bu hizmetlerden beklentilerin karşılandığı sonucuna varılabilir. Bekar kişilerin çoğunlukla okuyan veya çalışan kişiler olduğu düşünüldüğünde kendilerine uygun zamanlara randevu alabilmesi konusunda zorlanacaktır. Bu konu ile ilgili çalışan kişilerinde düşünülerek hafta sonları da nöbet sistemine göre aile hekimliklerinde randevu verilmesi veya hafta içi belirli saat veya günlerinde sadece çalışan kesime yönelik randevu ayarlaması yapılması gerekmektedir.

Eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların aile hekimliğinden sadece hizmet almak amaçlı olduğu ve hizmet kalitesiyle ilgili bir beklentisinin olmadığı görülmektedir. Eğitim durumunun artması ve modernleşme ile sağlık hizmetlerinden beklentilerin giderek arttığı ve bu gelişmeler karşısında sunulan aile hekimliği hizmetinin beklentileri karşılamadığı görülmektedir. Memnuniyet oranının düşük olduğu doktor dışı personelin yardımı konusunda yapılabilecek iyileştirmeler beklentilerin karşılanmasında etkili olabilir. ASM'de çalışan tüm personele eğitim verilip standart (simüle) hasta yönteminden faydalanarak denetleyecek kişi sanki hastaymış gibi aile sağlığı merkezine gelerek personeli denetlenebilir. Uygun olan ve olmayan konuları

geri bildirim yoluyla personele bildirir ve eğer gerekirse personele tekrardan eğitim verilebilir.

Aile hekimliği hizmetlerinin daha etkin, kaliteli ve hakkaniyetli olarak sunulabilmesi için uygulanabilir ve güçlü bir sevk zincirinin kurulması gerekmektedir. Öncelikle tıp okuyan öğrencilere aile hekimliğinin özendirilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği eğitimi sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitim verilebilmesi için EASM uygulaması daha çok yaygınlaştırılmalıdır.

Bireylerin birinci basamağa yönlendirilmesi amacıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yaygın kullanılacak daha güçlü bir sevk zincirinin tüm bireyler tarafından benimsetilmesi için; aile hekimliğinin olumlu taraflarını öne çıkartacak şekilde kamuoyuna bilgilendirmeler yapılabilir.

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimleri gereği yazabilecekleri özellikle kronik hastalıkların tedavilerinde kullanılacak ilaç raporlarına ait kısıtlamalar kaldırılıp aile hekiminin sadece reçete yazan hekim gibi görülmesi önlenerek gerekli ilaç raporlarını yazabilmesi sağlanmalıdır.

Sağlığı koruma ve sağlığı geliştirmede önemli bir yere sahip olan sağlık eğitimi her hekimin görevidir. Ancak aile hekimliğinde hekimlerin hastalarına sadece muayene ederken belirli bilgiler vermektedirler ve bu tam olarak sağlık eğitimi olmamaktadır. Aile hekimlerinin hasta ve yakınlarına verebilecekleri eğitimler ile ilgili bir standart oluşturulmalı, tüm aile hekimleri bu konuda bilgilendirilerek hasta ve yakınlarına eğitimler bu yönde verilmelidir.

Tüm bu sonuç ve öneriler dikkate alındığında, alanında uzman aile hekimleriyle ve uygulanabilir ve güçlü bir sevk sistemiyle ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen amacına uygun olarak çalışabilecektir.

9. KAYNAKLAR

1. Wonca, World Family Doctors, Caring For People, Europe, Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Çeviri Editörü: Başak O, 2002.

2. Ünalan P. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, 1. Basım, s.11-15, Ankara, 2004.

3. Oğuz D. Aile Hekimliği. Güncel Gastroenteroloji Dergisi, 13(1); 8-14, Ankara, Mart 2009.

4. Hayran O. Sağlık Yönetimi Yazıları s.164-200, Yeditepe Üniversitesi, SAGE Yayınları, 2. Baskı, Ankara, Nisan 2012.

5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Aydın S. Ankara, 2004.

6. Fredericks E. Short Report: How Family Physicians Can Support Discussions About Menstrual Issues. Canadian Family Physician 60(3); 194-196, 2014.

7. İlgün G, Şahin B. Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2); 115-130, 2016.

8. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(4); 403-405, 2010.

9. Starfield B, Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press, 1988.

10. Ateş M. Sağlık Hizmetleri Yönetimi s.1-37, Beta Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, Mart 2013.

11. Gözüm S, Tan M. Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş Ve Uygulamaları. Turkish Journal Of Geriatrics, Geriatri 6(1); 14-21, 2003.

12. Karadağ Z, Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.2-63,Ankara, 2007.

13. Nazlı Ş, Alparslan Ö, Nurhan D, Atilla E, Selim KH. Afyonkarahisar İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 5(1); 29-34, 2014.

14. Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, et al. Patient Noncompliance With Medical Advice After the Emergency Department Visit. Ann Emerg Med, p.49-55, 1996.

15. Crane JA. Patient Comprehension of Doctor Patient Communication on Discharge From the Emergency Department. J Emerg Med, p.1-7, 1997.

16. İşnas C, Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, s.5-6, Ankara,1998.

17. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş Bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. Gerofam, Kanıta Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 1(1); 19-20, Nobel Matbaacılık, Mayıs, 2010.

18. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. Gerofam Kavramı: Önümüzdeki Demografik Değişime Yönelik Bir Çözüm Önerisi. Gerofam, Kanıta Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 1(1); 11, Nobel Matbaacılık, Mayıs, 2010.

19. Aydın S. Kurdak H, Hasta-Hekim Görüşmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, 1. Basım, s.55, Ankara, 2004.

20. The Health News, Sağlık Haberleri, Hasta-Hekim İlişkisi, http://www.thehealthnews.org/tr/news/2845/hasta.hekim.html Erişim Tarihi: 16.04.2019

21. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (Bakanlık Yayın No: 814), 1. Baskı, s.1-11, Ankara, Nisan 2011.

22. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998. Sayı: 23420, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1 Erişim Tarihi: 02.03.2019

23. Uysal F, Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.6-12, İstanbul, 2014.

24. Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. 13.10.2006. Sayı: 11465, https://www.saglik.gov.tr/TR,11236/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerge-13-10-2006-tarih-ve-11465-sayili-makam-onayi-yururluge-girmistir.html Erişim Tarihi: 03.03.2019

25. Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6); 55-71, 2007.

26. Akdur R. Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı) s.1-21, ATAUM Araştırma Dizisi, Ankara Üniversitesi Basımevi , Ankara, 2006.

27. Bulakbaşı M. Sağlık Tanımı Sağlık Hizmetleri Türk Sağlık Sistemi, 2015, https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Tan%C4%B1m%C4%B1-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-T%C3%BCrk-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Sistemi.pdf Erişim Tarihi; 24.03.2019

28. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International, 15(3); 259-267, 2001.

29. Sezgin D. Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık s.13-16, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2011.

30. Fertman CI, Allensworth DD. Health Promotion Programs - From Theory to Practice. Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe, s.209. Çeviren: Işıtman NM, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Mayıs 2012.

31. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4); 142-147, 2016.

32. Hayran O, Sur H. Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat s.1-8, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.

33. Sözen C, Özdevecioğlu M. Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim. Nobel Yayım Dağıtım, Ankara, 2002.

34. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

35. Orhaner E. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s.1-21, 2006.

36. Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.33-58, 2007.

37. Bilir N, Öztek Z, Güler Ç. Halk Sağlığı Özet Temel ve Klinik Bilimler III s.3 (Editör: Saraçoğlu ÖF.), Ankara, 1996.

38. Tekin A, Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.44, Isparta, 2007.

39. Kurtulmus S. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi s.90, Değişim Dinamikleri Yayını, İstanbul, 1998.

40. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, s.57, Ankara, 2001.

41. Ağdemir H, Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 6-56, Mersin, Kasım 2012.

42. Dirican R. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı Dersleri) s.324, Adam Yayınları, Ankara, 1990.

43. Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(4);207-206, 2003.

44. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), s.84, Ankara, 2011.

45. Öztürk, MM, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

46. Çalış S, Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s.168- 182, İstanbul, 2006.

47. Kılıç B, Aksakoğlu G. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar. Toplum ve Hekim Dergisi, 9(64-65);4-13, Ankara, Kasım, 1994.

48. Özkara Y, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.

49. Çelikay F, Gümüş E. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1);178-186, Eskişehir, 2010.

50. Green, Health Promotion as a Public Health Strategy for the 1990s Annual Review of Public Health, 1980.

51. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva, 1986.

52. Öztek Z. Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmalarının Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu. Sağlık ve Toplum, Sayı: 1, s.3-6, Ocak-Mart 2011.

53. Kısa A. Sağlık Kurumları, Türleri ve İşlevleri, Sağlık Kurumları Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.25-40, Eskişehir, 2002.

54. Alagüney E. Sağlığı Geliştirme Kavramı. VII. Uluslararası İş Sağlığı Ve Güvenliği Konferansı, İşyerlerinde İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Geliştirilmesinde İşyeri Hemşireliğinin Önemi – Rolü Kursu, Hacettepe Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HİSAM), İstanbul, 4 Mayıs 2014. http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/isyeri_hemsireligi/h1.pdf Erişim Tarihi: 24.03.2019.

55. Birgül E. Aile Hekiminin Görevleri. Aile Hekimliği II, Cep Üniversitesi, Yayın Sorumlusu: Çağlayaner H, İletişim Yayıncılık, s.21-26, İstanbul, 1996.

56. Görpelioğlu S. Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği Amacı ve Yapısı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, 1. Basım, s.7, Ankara, 2004.

57. WHO Regional Office for Europe, Framework For Professional And Administrative Development Of General Practice/ Family Medicine In Europe, EUR/ HFA target 28, Copenhagen, 1998.

58. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he Erişim Tarihi: 02.03.2019.

59. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013.

60. Sloane PD, Slaat LM, Ebell MH, Jacques LB, Smith MA. Günümüzün Değişen Sağlık Sisteminde Aile Hekimliği. Aile Hekimliğinin Temelleri, s.6-7, 5.baskı, Çeviren: Yaman H, İstanbul, 2008.

61. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimleri Uygulamaları. Aile Hekimliği II, Cep Üniversitesi, Yayın Sorumlusu: Çağlayaner H, İletişim Yayıncılık, s.28-36, İstanbul, 1996.

62. Yıldırım HH. Türkiye Aile Hekimliği Modeli: Avrupa Birliği Pratiği İle Karşılaştırmalı Bir Analiz. ABSAM Analiz, Sayı 3, s.1-13, Ankara, Temmuz 2015.

63. Özdemir AR, Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.35-36, Denizli, 2012.

64. Gürfidan C, Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti Ve Memnuniyet (Kırklareli İl Merkezi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.20-27, İstanbul, 2014.

65. Uğurlu M, Doğusan M.R, Üstü Y, Korukluoğlu S, Kasım İ. Aile Doktorluğu Uygulaması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, 1. Basım, s.194-201, Ankara, 2004.

66. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta Mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi (TAHUD), 16(3);107-112, 2012.

67. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34670/aile-hekimi-kimdir.html, Aile Hekimi Kimdir?, 04.04.2019.

68. T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü. Aile Hekimi Kimdir? 2017. https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34670/aile-hekimi-kimdir.html Erişim Tarihi: 24.03.2019

69. Aktürk Z. Aile Hekimliğinin Temel Esasları Sunumu. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Ankara, Aralık 2005. https://slideplayer.biz.tr/slide/2777612/ Erişim Tarihi: 24.03.2019.

70. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4); 1067-1078, 2014.

71. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing The Knowledge Base of Family Practice. Family Medicine, 33(4);286-297, 2001.

72. Turhan ES, Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Ufuk Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yüksek Lisans Tezi, s.5-42, Ankara, 2014.

73. Goicoechea J. Temel Sağlık Bakımı Reformları, s.12-16, Çeviren: Öztürk Y, Öztürk A, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1999.

74. Saatçi E, Bozdemir N, AkpınarE. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 10(2);79-86, 2006.

75. İstanbul Aile Hekimliği. Dünya'da Aile Hekimliği, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/dun_aile_hek.aspx Erişim Tarihi: 04.04.2019.

76. Rakel RE. Textbook of Family Practice, 6.baskı, London, United Kingdom, Ocak 2001.

77. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27(3);412-418, 2007.

78. Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1. Aşama, 1. Basım, s.23-29, Ankara, 2004.

79. Saltman RB, Figueras J; Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, s.230, Aralık, 1998.

80. Çaylan A. Uluslararası Açıdan Ülkemizde Aile Hekimliği. Sağlıkta Nabız Dergisi, 26(7);7, İstanbul, 2010.

81. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, s.188-221, İstanbul 2004.

82. Çolak M. Aile Hekimliği Kapsamındaki Ödemelerin Vergi ve Sosyal Güvenlik Boyutu. Yaklaşım, Sayı: 219, Mart 2011.

83. Rakel RE. Essentials of Family Practice, W. B. Saunders Company, 1993.

84. Çelik H, Yılmaz S. Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, Nisan 2011.

85. Saraçlı TS, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, s.38-39, İzmir, 2010.

86. Kılıç B. Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri). V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, s.15, Manisa, 2007.

87. Kantarcı Y, Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.12-13, Kahramanmaraş, 2015.

88. Hayran O. Birinci Basamak Hizmetler Kimler Tarafından, Nasıl Sunulmalı? http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/414/Birinci-basamak-hizmetler-kimler-tarafindan-nasil-sunulmali.aspx Erişim Tarihi: 04.04.2019.

89. Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Kamu Görevlileri Sendikası (Türk Sağlık-Sen). Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları, 2006. https://www.turksagliksen.org.tr/dyada-ae-hekluygulamalari_arsiv_1944 Erişim Tarihi: 04.04.2019.

90. Öztürk Z, Karakaş ET. Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(2);39-59, 2015.

91. Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV). Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi, http://www.tahev.org/pages.asp?L=3 Erişim Tarihi: 04.04.2019

92. Kavukçu E, Burgazlı KM. Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. The Journal of Turkish Family Physician, 2(2);1-4, 1998.

93. Söyleyici T. Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi Ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.36-64, Denizli, 2010.

94. T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü. Dünyada Aile Hekimliği, 2017. https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR,34675/dunyada-aile-hekimligi.html Erişim Tarihi: 04.04.2019.

95. Töre E, Düzce İlinde Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların Ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s.39, Ankara, 2007.

96. Göktaş P. Almanya ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Yararlanılarak, Sağlık Alanında Türkiye'de Nasıl Bir Yol İzlenmelidir? 2014, http://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasil-yararlanilabilir-6966.htm Erişim Tarihi: 04.04.2019.

97. Sargutan E. Kanada Sağlık Sistemi. Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sitemleri, http://www.sargutan.com/KANADA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf Erişim Tarihi: 04.04.2019.

98. Tontuş HÖ. İskandinav Ülkeleri Norveç, http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf Erişim Tarihi: 04.04.2019.

99. Kuru Y. Alternatif Aile Hekimliği s.310, Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul, 2010.

100. Namdalseid Kommune. https://www.namdalseid.kommune.no/aile-doktoru.108970.10980t32627.tct.html?tklang=tr Erişim Tarihi: 04.04.2019.

101. Çiftçi Hİ. Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı, 2012. http://www.stetuskop.com/showthread.php?t=7090 Erişim Tarihi: 04.04.2019.

102. Şahin S. 'One for All, All for One': SoMaMFyC Konferansı ve Değişim Programı Madrid 2016. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 20(4);i-vi, 2016.

103. Çeçem KB, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal, 15(3);153-160, 2015.

104. Aksoy B. Dünya Sağlık Sisteminden Türkiye için Önemli Dersler, 2008. http://www.sdplatform.com/Dergi/154/Dunya-saglik-sisteminden-Turkiye-icin-onemli-dersler.aspx Erişim Tarihi: 04.04.2019.

105. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Herkes İçin Sağlık, s.51, 2012.

106. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm, s.24, Ankara, 2003.

107. Akdağ R; T.C. Sağlık Bakanlığı. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008, s.20, Ankara, 2008.

108. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Aile Hekimliği, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1394-t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html Erişim Tarihi: 04.04.2019.

109. Fişek N. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi. Yayına Hazırlayan: Dirican R, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1997.

110. Belek İ, Kılıç B. 10 Soruda Aile Hekimliği Doktorluğu, Yanlışlar Değil Doğrular, Yalanlar Değil Gerçekler. Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 18(6);414-30, 2003.

111. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3);250-257, 2004.

112. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12.01.1961. Sayı: 10705, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf Erişim Tarihi: 04.04.2019.

113. Eren N, Öztek Z. Sağlık Ocağı Yönetimi, Genişletilmiş 6. Baskı, Palme Yayınları, Ankara, 1993.

114. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240 Erişim Tarihi: 04.04.2019.

115. İlter B. Neden Aile Hekimliği, Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi, 1(1);16-18, 2006.

116. Öztek Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(2);1-6, 2006.

117. Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliği Disiplininde Akademik Yükselmeler Ve Doçentlik Sınavları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 17(3);137-141, 2013.

118. Dericioğulları Ergun A, Türkiye'de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.103-129, Isparta, 2010.

119. Aksakoğlu G, Giray H. Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm. Memleket Mevzuat, 2(21-22);3-12, 2007.

120. Pala K, Yavuz CI. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği. Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 20(3);162-171, 2005.

121. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı s.5-6, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.

122. Sus H. Sağlık Hizmetleri, 21. Yüzyılda Gelinen Nokta, Ders Notu, Antalya, Şubat 2011. https://slideplayer.biz.tr/slide/2809708/ Erişim Tarihi: 04.04.2019.

123. T.C. Sağlık Bakanlığı Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü. Aile Hekimliği Nedir? 2017. http://www.erzincanfatihasm.com/?p=116 Erişim Tarihi: 18.04.2019.

124. Kringos DS. The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study (Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları), Çeviren: Günvar T, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 17(4);165-179, 2013.

125. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. Neden Aile Hekimliği? https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1393-neden-aile-hekimli%C4%9Fi.html Erişim Tarihi: 10.04.2019.

126. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, https://www.tahud.org.tr/file/2c41fe78-5dcf-4520-8c06-1c7a189dd324/Aile%20Hekimlig%CC%86inin%20Pilot%20Uyguland%C4%B1g%CC%86%C4%B1%20I%CC%87llerde%20Toplum%20Sag%CC%86l%C4%B1g%CC%86%C4%B1%20Merkezleri.PDF Erişim Tarihi: 11.04.2019.

127. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Bire bir Eğitim. Tıp Eğitimi Dünyası, Sayı: 12, s.3, Temmuz 2003.

128. Göktaş O. Türkiye'de Aile Hekimliği ve Geçiş Dönemi Eğitimlerinde Düzce'deki İlk Uygulamalar. Hekimce Bakış Dergisi, Sayı:62, s.43-44, Bursa, 2005.

129. Sağlıkta Buluşma Noktası (sbn). Ahuzem Eğitimleri Hakkında, 2014. http://sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=39615 Erişim Tarihi: 04.04.2019.

130. Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(2);88-90, 2011.

131. Dağcıoğlu F, Üstü Y. Aile Hekimliğinde Saha Eğitimi: Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi. Ankara Medical Journal, 17(4);300, 2017.

132. Kaya ÇA, Uzuner A, Ünalan PC, Çifçili S, Akman M, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi. The Journal Of Turkish Family Physician, 8(1);14-20, 2017.

133. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. 26 Eylül 2014. Sayı: 29131, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm Erişim Tarihi: 11.04.2019.

134. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. 06.07.2005. Sayı: 25867, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/266,yonetmelikyenipdf.pdf?0 Erişim Tarihi: 11.04.2019.

135. Ersoy F. Aile Hekimliği Uygulama Dosyası, Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi, 1(1);33-49, 2006.

136. Solak F, Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s.38, Kütahya, 2010.

137. Bardak Ü, Tengilimoğlu D. Sağlık Alanında İnsan Hakları ve Etik. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(1-2);219, 1998.

138. Bayındır Ü, Durak Hİ. Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu, Türkiye' de Tıp Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması, Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı, s. 3-4, Şubat 2008.

139. Aile Hekimliği Kanunu. 09.12.2004. Sayı: 25665, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf Erişim Tarihi: 11.04.2019.

140. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Minimum Veri Modeli (Ahbs-Vem), Sürüm 1.0, s.5, 2016.

141. Köse İ. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, 2010. http://www.sdplatform.com/Dergi/395/Aile-Hekimligi-Bilgi-Sistemi.aspx Erişim Tarihi: 11.04.2019.

142. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Sorularla Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Sürüm 1.0, s.5, Ağustos 2006.

143. Ekiyor A, Çetin A. Sağlık Hizmeti Sunumunda ve Sosyal Pazarlama Kapsamında E-Nabız Uygulamasının Bilinirliği. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(1);88-103, 2017.

144. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Kişisel Sağlık Kaydı Platformu "E-Nabız" Tanıtım Dokümanı, s.5-57, Ağustos 2015.

145. Birinci Ş. Kişisel Sağlık Kaydı Platformu "E-Nabız" Tanıtım Dokümanı, s.1-3, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ağustos 2015.

146. Arslan ET, Demir H. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin Görüşleri. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(2);17-36, 2017.

147. Kılıç T. e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3);203-217, 2017.

148. Karahisar T. E-Nabız Uygulamasının Sağlık Profesyonelleri Tarafından Kullanımı: İstanbul Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görevli Doktorlar Üzerine Bir Araştırma. file:///C:/Users/lenovo/Desktop/TEZ/Makaleler/ENabız%20Uygulamasının%20Sağlık%20Profesyonelleri%20Tarafından%20Kullanımı%20İstanbul%20Okmeydanı%20Eğitim%20Ve%20Araştırma%20Hastanesinde%20Görevli%20Doktorlar%20Üzerine%20Bir%20Araştırma.pdf Erişim Tarihi: 30.03.2019

149. Merkouris A, Ifantopoulos B, Lanara V, Lemomdou C. Patient Satisfaction: A Key Concept For Evaluation And İmproving Nursing Services. Journal of Nursing Management, 7(1): 19-28, 1999.

150. Özmen D. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması, s.532-533, II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir, 1990.

151. Berry LL, Parasuraman A, Zeithaml VA. Quality Counts in Services, Too. Business Horizons, 28(3);44-52, 1985.

152. Kersnik J. Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. International Journal for Quality in Health Care, 12;143-7, 2000.

153. Derin N, Demirel ET. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. International Journal of Social Science, 6(2);1111-1130, February 2013.

154. Dinç D, Ünalan PC, Topsever P, Özyavaş S. Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13(2);93-98, 2009.

155. Özçelik A. Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi. http://www.skid.org.tr/files/saglik_isletmelerinde_kalite.pdf Erişim Tarihi: 11.04.2019.

156. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2);69-74, 2001.

157. Agustin C, Singh J. Curvilinear Effects of Consumer Loyalty Determinanats in Relational Exchanges. Journal of Marketing Research, 42(1);96-108, 2005.

158. Wangenheım F, Bayon T. Satisfaction, Loyalty and Word of Mouth within a Firm's Consumer Base: Differences Between Stayers, Switchers and Referral Switchers. Journal of Consumer Behavior, 3(3);4, 2006.

159. Topaçoğlu H, Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Analizi. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakütesi, Uzmanlık Tezi, s.8, İzmir, 2002.

160. Ibanez VA, Hartmann P, Calvo PZ. Antecedents of Costumer Loyalty in Residentila Energy Markets: Service Quality, Satisfaction, Trust and Switching Costs. The Service Industries Journal, 26(6);633-636, 2006.

161. Yaşa E, Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, 2012.

162. Yurtsever A, Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.34, İstanbul, 2015.

163. Özer A, Çakıl E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3);141-142, 2007.

164. Akgün S, Kısa A, Kılıç A, Günsoy G. Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi s.43-56. Editör: Çoruh M, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1999.

165. Sarp N, Tükel B. İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52(3);147-151, 1999.

166. Margolis SA, Al-Marzouq S, Revel T, Reed RL. Patient Satisfaction With Primary Health Care Service in The United Arab Emirates. International Journal For Quality Health Care, 15(3);241-249, 2003

167. Al-Mandhari AS, Hassan AA, Haran D. Association Between Perceived Health Status and Satisfaction With Quality of Care: Evidence From Users of Primary Health Care in Oman. Family Practice, 21(5);519-527, 2004.

168. Tarn DM, Meredith LS, Kagawa-Singer M, Matsumura S, Bito S, Oye RK, Liu H, Kahn KL, Fukuhara S, Wenger NS. Trust in One's Physician: The Role of Ethnic Match, Autonomy, Acculturation, and Religiosity Among Japanese and Japanese Americans. Annals of Family Medicine, 3(4);339-347, 2005.

169. Yıldız S, Eliş Yıldız S. Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars'taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri'nde Bir Araştırma. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, VI(II);125-127, 2011.

170. Engiz O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini s.61-87, Editörler: Hayran O, Sur H. Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1997.

171. Forbes LM, Brown NH. Developing a Instrument for Measuring Patient Satisfaction. Aorn Journal, 61(4);737-743, 1995.

172. Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö, Karadağ G. Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4);51-52, 2007.

173. Hayran O, Sur H. Hastane Yöneticiliği s.75, Nobel Kitabevleri, İstanbul, 1997.

174. Alcan Z. Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları s.133-138. Editör: Çoruh M, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1996.

175. Uz MH, Özbakir D, Ergin C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması s.113-118. Editör: Çoruh M, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1996.

176. TTD Etik Kurulu. Hasta-Hekim İlişkisinde Etik İlkeler, http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekimhastailiskisi.pdf Erişim Tarihi: 13.04.2019.

177. Okay A. Sağlık İletişimi s.97-110, Derin Yayınları, İstanbul, 2012.

178. Uludağ A, Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Doktora Tezi, s.44, Konya, 2011.

179. Özlü T. Hekiminizi Nasıl Alırdınız? s.35-36, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2003.

180. Berry D. Health Communication: Theory and Practice s.42, Open University Press, 2006.

181. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Rewiew. Family Practice, 15(5);480-492, 1998.

182. Yağbasan, M., Çakar, F., Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. http://dergisosyalbil.selcuk.edu.tr/susbed/article/view/596/576 Erişim Tarihi: 13.04.2019.

183. Velioğlu P. Hemşirelikte Yönetim s.15, Meteksan Matbaacılık, Ankara, 1982.

184. Erdemir F.cHemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1);59, 1998.

185. Kum N, Türkiye'de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar s.138, Editör: Erefe İ, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 1990.

186. Alan N, Özel ve Devlet Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.18, İstanbul, 2010.

187. Yanık A, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, s.64, İstanbul, 2000.

188. Korkmaz Ş, Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl Sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1, İstanbul, 2003.

189. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım, S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi s.260-486, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010.

190. Kısa A, Tokgöz N. Sağlık Kurumları Yönetimi s.283, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, 2007.

191. Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi, 35(2);100, 2008.

192. Kaygın N, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.76, İstanbul, 2012.

193. Berrios-Rivera JP, Street RL Jr, Garcia Popa-Lisseanu MG, Kallen MA, Richardson MN, Janssen NM, Marcus DM, Reveille JD, Warner NB, Suarez-Almazor ME. Trust In Physicians and Elements of The Medical Interaction in Patients With Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research), 55(3);385-393, 2006.

194. Çınaroğlu S. Hasta Güveninin İlişki Pazarlaması Açısından Etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(2);1-20, 2014.

195. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust In Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, Does It Matter? The Mildbank Quarterly, 79(4);617, 2001.

196. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. PatientCentered Communication and Diagnostic Testing. Annals of Family Medicine, 33(5);415-421, 2005.

197. Thom DH, Hall MA, Pawlson G. Measuring Patients Trust ın Physicians When Assessing Quality of Care. Health Affairs, 23(4);127, 2004.

198. Trancthenberg F, Dugan E, Hall MA. How Patients Trust Relates To Their Involvement In Medical Care. The Journal of Family Practice, 54(4);349, 2005.

199. Atıcı E. Hasta – Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(2);93, 2007.

200. Kan N, Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Alanya'da Yaşayan Yabancı Uyruklu Hastalar Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.35, İstanbul, 2014.

201. Artut Ş, Atalay M. Yaşlı Hastaların Hastanenin Fiziksel Çevre Düzenlemesine Yönelik Yaşadığı Sorunlar ve Beklentilerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(3);32, 1994.

202. Thomas LH, Bond S. Measuring Patients' Sayisfaction With Nursing: 1990-1994. Journal of Advanced Nursing, 23(4);747-756, 1996.

203. Argon G, Vatan F, Sezgin B. Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi s.340, Editörler: Göktürk E, Şahin A, Odacıoğlu Y, 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı. T.C. Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002.

204. Cengiz R, Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi

Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.21-28, İstanbul, 2014.

205. Çakır D. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.51-59, Gaziantep, 2015.

206. T.C Sağlık Bakanlığı Merkezi Hekim Randevu Sistemi. https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/ Erişim Tarihi: 20.04.2019.

207. Devebakan N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(1);120-149, 2006.

208. Gökduman Kırmızı E, Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti "Balıkesir Özel Hastanesi Örneği". Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.54-80, Kütahya, 2010.

209. Tanrıverdi H, Erdem Ş. Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. TSA, Yıl:14, Sayı:1, s.81, 2010.

210. Taşdemir M, Hayran O. Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi s.457, 4. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul, 2001.

211. Sandıkçı M. Müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi ve Sandıklı Hüdai Kaplıcası'nda Bir Alan Araştırması. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(2);39-52, 2007.

212. Esatoğlu AE, Ersoy K. Hasta Tatmini Ölçülmesi s.61-72. Editör: Çoruh M, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1996.

213. Leebov W, Scott G. Service Quality Improvement "The Customer Satisfaction Strategy for Healt Care", Jossey-Bass, 1993.

214. Günal M, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.63, İstanbul, 2007.

215. Haberal EB, Hasta Ve Refakatcı Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.16-25, Ankara, 2012.

216. Ünlü İ. Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği, https://docplayer.biz.tr/35655424-Hasta-tatmini-olcum-ve-iyilestirilmesinde-entegre-bir-sistem-ornegi.html Erişim Tarihi: 20.04.2019.

217. Duman Ç. Temel Araştırma Yöntemleri, 2018. https://www.researchgate.net/publication/322702126_Temel_Arastirma_Yontemleri Erişim Tarihi: 24.04.2019.

218. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization. Health Care Management Review, 22(2);84, 1997

219. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing Focus Groups. British Medical Journal, 311(7000);299-302, 1995.

220. Stewart DW, Shamdasani PN. Focus Groups: Theory and Practice. Newbury Park, CA: SAGE, 1990.

221. Krueger RA. Focus Groups: A Practical Guide For Applied Research. London: SAGE, 1994.

222. Gibbs A. Focus Groups. Social Research Update, 1997. http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html Erişim Tarihi: 24.04.2019.

223. Bowling A. Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services. Philadelphia, PA: McGraw-Hill House, 2002.

224. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. Kuramsal Eğitimbilim, 4(1);95-107, 2011.

225. Akşit B. Medikal Araştırmalarda Etik Sorunlar. Türk Tabipler Birliği Sağlık Kongresi, Shareton Oteli, Ankara, 8-11 Mart1992.

226. Akın Acuner Ş. Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü s.34, MPM Yayınları, Ankara, 2003.

227. McNair A, Gardier P, Sandy JR, Williams AC. Aqualitative Study to Develop a Tool to Examine Patients' Perceptions of NHS Orthodontic Treatment. Journal of Orthodontics, 33(2);97-106, 2006.

228. Elçin M, Odabaşı O, Turan S, Sincan M, Başusta NB. Tıp Eğitiminde İletişim Becerilerinin Standart Hastalar ve Yapılandırılmış Değerlendirmelerle Geliştirilmesi. Hacettepe Tıp Dergisi, 41(4);219-230, 2010.

229. Barrows HS. (1987). Simulated (Standardized) Patients and Other Human Simulations: a Comprehensive Guide to Their Training and Use in Teaching and Evaluation. Chapel Hill, NC: Health Sciences Consortium, 1987.

230. Gülpınar MA. Panel: Klinik Eğitimde Ölçme-Değerlendirme. Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XIV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, s.29-38, 2008.

231. Şenol Y, Yardım S, Başarıcı İ. Öğrencilerin Standart Hasta Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Birinci Yıl Sonuçları. Tıp Eğitimi Dünyası, Sayı:41, s.19-26, 2014.

232. Kurtz S, Silverman J. Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press: Oxon, 1998.

233. Şeremet F, Kamu Hastanelerinde Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Sorunları, Birime Gelen Şikayetler ve Hasta Memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.48, İstanbul, 2013.

234. Gürgen B, Toplam Kalite Çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmelerinde Hasta Memnuniyetine İlişkin Bir Uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.78, Kütahya, 2004.

235. Küçük O. Standardizasyon ve Kalite s.87, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2004.

236. Aksaraylı M, Özgen I. Otel İşletmelerinin İnternet Tabanlı Müşteri İlişkilerinde E-Posta Yönetimi ve Türkiye'deki Otel İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi, 10(2);727-744, İzmir, 2010.

237. Öztürk H, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.43, İstanbul, 2016.

238. Eracar R, Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.50, Ankara, 2013.

239. Yüksel F, Sadaklıoğlu H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs, 01-03 Haziran 2007.

240. Çiçek R, Kara B, Koyuncu K. Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rNXQL3WmcYcJ:dergipark.gov.tr/download/article-file/329524+&cd=3&hl=tr&ct=clnk&gl=tr Erişim Tarihi: 25.04.2019.

241. Williams B. Patient Satisfaction : A Valid Concept? Social Science and Medicine, 38(4);509-516, 1994.

242. Brashier LW, Sover VE, Motwani J, Savoie M. İmplementation of TQM/CQI in Health-Care Indistry: A Comprehensive Model. Bencmarking for Quality Manegement & Technology, 3(2);31-50, 1996.

243. Karahan K. Hizmet Pazarlaması s.11, Beta Basım, İstanbul, 2000.

244. Donebedian A. Contributions of Epidemiology to Qıuality Assesment and Monitoring. Infection Control Hospital Epidemiology, 11(3);117-121, 1990.

245. Caldwell C. Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, s.38-167, Çeviren: Akınhay O, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998.

246. Sarvan F, Berk O. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi. İstanbul Üniversitesi İsletme Fakültesi Dergisi, 24(2);9-13, 1995.

247. Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması s.316, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011.

248. Çoruh M. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri s.7, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1994.

249. Zorlutuna Y. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi s.185, 6. Ulusal Kalite Kongresi, Toplam Kalite Yönetimi ve Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler, TÜSİAD Yayınları, 1997.

250. Belzer EJ. Improving Patient Communication in No Time. Fam Pract Manag, 6(5);23-28, 1999.

251. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing Physician-Patient Communication. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 464-483, 2002.

252. Ballarin RG. Communication With Patient, Family and Community in The Rural World. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health, 5(4);424, 2005.

253. Burçoğlu Karaca Ş, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.44, Aydın, 2014.

254. Şahin Ü, Bekem S. Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Hasta Tatmini ve İşgören Tatmini Paradigması: I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 2000.

255. Şimşek M. Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü s.10, Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul, 2002.

256. Bopp KD. How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A marketing Perspective. Journal of Health Care Marketing, 10(1);6-15, 1990.

257. Walker C, Brooksby A, Mclnerny J, Taylor A. Patient Perceptions Of Hospital Care: Building Confidence, Faith And Trust. J Nurs Manag. 6(4);193-200, 1998.

258. Zeıthaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation s.23, Free Press, USA, 1990.

259. Matulich E, Finn DW. Determinant Criteria in Patient Satisfaction Surveys. J Ambul Care Manage. 12(3);45-51, 1989.

260. Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The Urgency of Care Need and Patient Satisfaction at a Hospital Emergency Department. Healht Care Manage Rev. 17(2);71-75, 1992.

261. Uz MH. Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar Ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri s.49-55. Editör: Çoruh M, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.

262. Gülmez M. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6(2);147-169, 2005.

263. Küçükaksu C, Ünlü S, Yarıcı T, Mahmutoğlu L. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi. Hastane Yaşam Dergisi, 1(1);41, 2004.

264. Tanlı S, Utku T. Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(4);58, 2008.

265. Bostan S. Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu. Sağlık Hakkı Dergisi, 1(1);22, Trabzon, Nisan 2006.

266. Hayran O, Uz H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat s.147-174, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.

267. Hogston R. Quality Nursing Care: A Qualitative Enquiry. Journal of Advanced Nursing, 21(1);116-124, 1995.

268. Özatkan Y. Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.79, Ankara, 2008.

269. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O, Filiz TM, Topsever P, Onganer E, Aydın S, Yarış F, Maraş İ. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep Ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, s.153-160, 2002.

270. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(2);78-91, 2018.

271. Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 20(3);135-139, 2003.

272. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. Fam Pract. 17(5);372-379, 2000.

273. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2018. http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30707 Erişim Tarihi: 30.06.2019.

274. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2);95-99, 2007.

275. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care. 12(2);143-7, 2000.

276. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: The moderating effects of health status. Int J Qual Health Care. 15(4);337-344, 2003.

277. Özaras G, Dil S. Çankırı'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Sosyo-Demografik, Çevresel ve Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(2);389-404, 2012.

278. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croat Med J. 58(1);63-74, 2017.

279. Kırılmaz H, Öztürk K. Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5(1);60-70, 2018.

280. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of Patients opinions of primary care physicians: the use of Europep in Gaza Strip-Palestine. J Med Syst. 31(6);497–503, 2007.

281. Akpınar E, Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.

282. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma. Konuralp Tıp Dergisi, 3(2);9-15, 2011.

283. Turgu S, Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisinin Araştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012.

284. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. Med J Aust. 189(4);215-9, 2008.

285. Ünalan D, Öztürk A, Tolga Y, Taşdelen C, Yazlak Z, Öğüt E, Gündüz E, Elmalı F. Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8);85-98, 2008.

10. EKLER

Ek-1 EUROPEP ANKETİ

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul İli Avrupa Yerleşkesi Fatih, Eyüp, Gaziosmanpaşa semtlerinde ve Anadolu Yerleşkesinin Kadıköy, Beykoz, Üsküdar semtlerinde aile hekimliği hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yapılacaktır. Bu anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişisel bilgilerin elde edilmesi amacıyla hazırlanan sorulardan; ikinci bölüm ise aile hekimliği hizmetleri hakkındaki görüş ve düşüncelerinizi belirleme amacıyla hazırlanan sorulardan meydana gelmektedir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Anket sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için soruları samimi olarak yanıtlamanız gerekmektedir.

Seda Üstün

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık Yönetimi Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorularınız İçin;

Telefon Numarası: 0539 385 78 13

E-Posta Adresi: sedaustnn@gmail.com

BİRİNCİ BÖLÜM

1. **Yaşınız:**……
2. **Cinsiyetiniz:** Kadın ☐ Erkek ☐
3. **Medeni Durumunuz:** Bekar ☐ Evli☐
4. **Eğitim Durumunuz:**

İlkolkul ☐ Orta okul ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐

5. Kayıtlı Olduğunuz Aile Sağlığı Merkezinin Bulunduğu Semt:

Gaziosmanpaşa ☐ Eyüp ☐ Fatih ☐

Beykoz ☐ Üsküdar ☐ Kadıköy ☐

İKİNCİ BÖLÜM

Aşağıdaki tabloda her soru için düşüncelerinizi belirten <u>sadece bir kutucuğa</u> "X" işareti koyunuz.

Aile hekiminiz ve muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	**Çok Kötü**	**Kötü**	**Orta**	**İyi**	**Mükemmel**	**Uygun değil/ İlgisiz**
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5 Sizi dinlemesi						
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9 İşini tam yapması						
10 Sizi muayene etmesi						
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17 Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18 Doktor dışı personelin yardımı						

Aile hekiminiz ve muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	**Çok Kötü**	**Kötü**	**Orta**	**İyi**	**Mükemmel**	**Uygun değil/ İlgisiz**
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz						
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

11. ETİK KURUL ONAYI

MEDİPOL UNV İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.12518
Konu : Etik Kurulu Hk.

31/05/2017

Sayın Seda ÜSTÜN

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/05/2016 tarihli 255 karar no ile onay verdiği "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma" isimli çalışma başlığının "Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İli Avrupa (Fatih-Eyüp-Gaziosmanpaşa) ve Anadolu Yerleşkesinde (Kadıköy-Beykoz-Üsküdar) Bir Araştırma" eklenmesi talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa gore Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 31.05.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden A1ADAD89XF kodu ile dogrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL
Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Seda Üstün			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
Değerlendirilen Belgeler	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.05. 2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.05.2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	**Karar No: 255**	**Tarih: 13/05/2016**		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna **"oybirliği"** ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Seda	**Soyadı**	Üstün
Doğum Yeri	Çorlu	**Doğum Tarihi**	05.07.1994
Uyruğu	T.C.	**TC Kimlik No**	50137138480
E-mail	sedaustnn@gmail.com	**Tel**	0 539 385 78 13

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lise	Plevne Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1. Veri Giriş Kontrol İşletmeni	Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019 - devam ediyor
2. Yatan Hasta Danışmanı	Acıbadem Sağlık Grubu	2017-2019

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	63,4	62,3	60,4

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	Iyi
SPSS	Iyi

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Katılım Belgesi - İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü – 02.03.2016
Sağlıkta Yönetimin Geleceği Sempozyumu - İstanbul Aydın Üniversitesi – 18.12.2015
2. Büyük Sağlık Yönetimi Zirvesi - İstanbul Medipol Üniversitesi – 30.04.2015
İşte İletişim ve Kişisel İletişim - Educon – 12.04.2013
Sağlık Yönetimi Zirvesi - İstanbul Medipol Üniversitesi – 27.03.2014
Zaman, Stres Yönetimi ve Yönetişim - Educon – 24.03.2013
Takım ve İlişki Yönetimi - Educon – 24.03.2013